



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta - kyselytutkimus sairaanhoitajille Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikoilla

Tynkkynen, Tomi

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea Otaniemi

**Sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan
kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta - kyselytutkimus
sairaanhoitajille Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin
päivystyspoliklinikoilla**

Tomi Tynkkynen

Master of Health Care

Ylempi AMK

04, 2012

Tomi Tynkkynen

Sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta - kyselytutkimus sairaanhoitajille Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikoilla

Vuosi 2012

Sivumäärä

131

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kahdeksalla eri Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien (N = 344) asenteita maahanmuuttajia kohtaan. Viitekehyksenä käytettiin Campinha-Bacoten (2007) luomaa kulttuurisen kompetenssin mallia. Tutkimuksessa selvitettiin vastaajien kulttuurisen kompetenssin tasoa, kulttuurista tahtoa, yleisten asenteiden tasoa, kulttuurien eroavaisuuksista johtuvien asioiden ongelmallisuutta ja vastaajien omaa arviota maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumisesta. Lisäksi selvitettiin tutkimusmuuttujien välisiä tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä sekä taustamuuttujien yhteyksiä tutkimusmuuttujiin. Tutkimus tuotti lisäksi kulttuurisen kompetenssin mittarin päivystyspoliklinikoilla maahanmuuttajia kohtaaville sairaanhoitajille.

Tutkimus toteutettiin määrällistä lähestymistapaa käyttäen. Tutkimusaineisto koottiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä strukturoidulla verkkokyselylomakkeella. Kyselylomake muodostettiin Campinha-Bacoten (2007) kulttuurisen kompetenssin mallia hyödyntäen. Kyselyyn vastattiin 19.10. - 8.11.2010 välisenä aikana ja hyväksyttyjä vastauksia saatiin 93 (n =93). Vastausprosentti oli 27.

Maahanmuuttajien kohtaaminen päivystyspoliklinikoilla oli haastavaa ja siihen liittyi usein ongelmatilanteita. Sairaanhoitajat olivat kulttuurisesti valvettuneita ja heillä oli kulttuurista tahtoa, mutta kulttuurisesti kompetentteja ja erityisosaajia oli erittäin vähän. Sairaanhoitajilla esiintyi paljon stereotyyppisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan ja jonkin verran oman kulttuurin painottamista, mutta heidän yleiset asenteet maahanmuuttoa ja syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta kohtaan olivat enemmän positiivisia kuin negatiivisia. Positiiviset yleiset asenteet omaavat sairaanhoitajat saavuttivat korkeamman kulttuurisen kompetenssin tason ja heillä oli enemmän kulttuurista tahtoa. Korkeamman kulttuurisen kompetenssin omaavat sairaanhoitajat arvioivat maahanmuuttajien kohtaamisen onnistuvan paremmin ja he kokivat vähemmän kulttuuristen asioiden ongelmallisuutta omalla työpaikallaan. Sairaanhoitajat, joilla oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä, saavuttivat korkeammat kulttuurisen kompetenssin pisteet, heillä oli positiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan, enemmän oma-aloitteisuutta kulttuuristen asioiden oppimiseen liittyen ja he kokivat kulttuurisista eroavaisuuksista aiheutuvat ongelmat omalla työpaikallaan muita sairaanhoitajia vähäisemmiksi.

Tutkimuksen tuloksiin perustuvien johtopäätösten mukaan, sairaanhoitajien kulttuurisella tahdolla on positiivinen vaikutus siihen, kuinka kulttuurisesti vastuullista palvelua päivystyspoliklinikoilla hoidetut potilaat saavat. Sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin kasvua voidaan organisaation taholta tukea niin, että mahdollistetaan kulttuurinen kohtaaminen ja monimuotoisuus työyhteisössä ja kehitetään kulttuurista kohtaamista helpottavia apuvälineitä, tietopankkeja ja ohjeistuksia. Tästä tutkimuksesta saatua tietoa voidaan jatkossa käyttää terveydenhuollon organisaation toiminnan, ohjeistusten, prosessien, koulutuksen, rekrytoinnin ja oppimismateriaalin kehittelyn apuna.

Avainsanat: kulttuurinen kompetenssi; kulttuurinen tahto; sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan; päivystyspoliklinikka.

Tomi Tynkkynen

Sjukskötares attityder gentemot invandrare utgående från en synvinkel av kulturell kompetens en undersökning baserad på frågeformulär riktade till sjukskötare på jourpolikliniker inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt

År 2012 Sidantal 131

Syftet med undersökningen var att kartlägga sjukskötarens (N = 344) attityder gentemot invandrare på åtta olika jourpolikliniker inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Som referensram användes en modell för kulturkompetens, skapad av Campinha-Bacote (2007). I undersökningen utreddes nivån av kulturkompetens, kulturell vilja, nivån av allmänna attityder, problem relaterade till kulturella skillnader samt respondenternas egna värderingar av bemötandet av invandrare. Därtill utreddes statistiskt betydelsefulla samband mellan forskningsvariabler samt bakgrundsvariablernas koppling till forskningsvariablerna. Tack vare undersökningen uppkom dessutom ett mått för kulturell kompetens hos sjukskötare som möter invandrare på jourpolikliniker.

I undersökningen användes ett kvantitativt närmelsesätt. Materialet för undersökningen samlades in genom ett strukturerat internetfrågeformulär. Frågeformuläret formades utgående från Campinha-Bacotes (2007) modell för kulturkompetens. Svarstiden varade från 19.10. - 8.11.2010. Sammanlade man in 93 (n =93) godkända svar. Svarsprocenten var 27.

Möten med invandrare på jourpoliklinikerna visade sig vara utmanande och ofta förorsaka problemsituationer. Sjukskötarna var kulturellt upplysta och hade kulturell vilja, men det fanns bara ett fåtal kulturellt kompetenta och ett fåtal specialkunniga. Det förekom en hel del stereotypa attityder gentemot invandrare samt betoning av den egna kulturen, men sjukskötarens allmänna attityder gällande invandring och nödvändigheten av verksamhet som motverkar diskriminering var ändå mer positiva än negativa. Sjukskötare med positiva allmänna attityder uppnådde en högre nivå av kulturell kompetens och hade även mer kulturell vilja. Sjukskötare med högre nivå av kulturkompetens antog att möten med invandrare skulle fungera bättre och upplevde färre kulturellt relaterade problem på den egna arbetsplatsen. Sjukskötare med vänner från annan kultur eller etnisk grupp uppnådde högre poäng gällande kulturkompetens, de var mer positivt inställda till invandrare, visade mer eget initiativ till att lära sig nytt om kulturer samt upplevde färre problem relaterade till kulturella skillnader än resten av sjukskötarna.

Utgående från undersökningens resultat kan följande slutsats dras: sjukskötarens kulturella vilja har en positiv inverkan på hur kulturellt ansvarsfull service patienterna på jourpoliklinikerna får. Tillväxten av sjukskötarens kulturkompetens kan från organisationens sida stödas genom att möjliggöra kulturella möten och mångfald i arbetsgemenskapen samt genom ett utvecklande av redskap, informationsbanker och anvisningar som underlättar kulturellt bemötande. Den information som denna undersökning gett kan i framtiden användas som hjälpmedel för utvecklingen av organisationens verksamhet, anvisningar, processer och skolning samt för utvecklingen av rekrytering och läromedel.

Nyckelord: kulturkompetens; kulturell vilja; sjukskötares attityder gentemot invandrare; jourpoliklinik.

Tomi Tynkkynen

Nurses' Attitudes Towards Immigrants from a Viewpoint of Cultural Competence - Survey to Staff Nurses at A & E Departments within Helsinki and Uusimaa Hospital District

Year 2012

Pages 131

The purpose of this research project was to investigate the attitudes of nurses (N = 344) towards working with immigrant patients at eight different Accident and Emergency (A&E) departments within hospital district of Helsinki and Uusimaa in Finland. The research examines the levels of cultural competence, cultural desire and the problems stemming from cultural differences, as well as the respondents own evaluation of their encounter with immigrant patients. One of the outcomes of this research was a cultural competence self-evaluation tool for nurses at A&E units.

The quantitative evidence was collected with a structured online questionnaire, specifically developed for the purposes of this research. The questionnaire follows the cultural competence model developed by Campinha-Bacote (2007). Replies (n = 93) were collected 19.10 - 8.11.2010 (27 % response rate).

The research shows that the nurses regularly encountered problems when treating immigrant patients. Generally the nurses appeared to obtain cultural awareness and desire, but few were proficient in cultural competence. The research revealed that many held stereotypical attitudes towards immigrants and some held ethnocentric views. However the attitudes towards immigration were generally positive and most identified the need for more anti-discriminatory measures. Nurses with generally positive attitudes were also more culturally competent and demonstrated greater cultural desire. Those with friends from diverse cultural and ethnic backgrounds demonstrated higher levels of cultural competence and they had more positive general attitudes towards immigrants. They also held more pro-active attitudes towards learning about other cultures and experienced cultural related issues less problematic in their own work places.

According to the analysis of the results cultural desire may have a considerable correlation with the level of culturally responsible treatment at A&E units. Organisations can support the improvement of cultural competence of nurses by composing culture related guidelines and checklists, developing cultural information banks and developing cultural assessment tools and procedures for better handling of cultural encounters. It is obvious that all employees would benefit from training, workshops and online materials dealing with cultural issues. The information gained from this research can be used for development of guidelines, processes, training, recruitment and learning materials in the healthcare sector.

Keywords: cultural competence; cultural desire; nurses' attitudes towards immigrants; accident and emergency.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	7
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	10
2.1 Asenteet.....	10
2.2 Maahanmuuttaja.....	11
2.3 Päivystyspoliklinikka, sairaanhoitaja ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS).....	12
2.4 Kulttuuri, monikulttuurisuus ja kulttuurinen kompetenssi.....	15
2.5 Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli.....	16
2.5.1 Kulttuurinen tietoisuus.....	18
2.5.2 Kulttuurinen tieto.....	20
2.5.3 Kulttuurinen taito.....	21
2.5.4 Kulttuurinen kohtaaminen.....	22
2.5.5 Kulttuurinen tahto.....	23
2.6 Aikaisempia tutkimuksia.....	24
2.7 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	29
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	30
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	31
4.1 Tutkimusmenetelmä.....	31
4.2 Tutkimuksen toteutus ja tutkijan asema.....	32
4.3 Aineiston keruu, tutkimuksen kohderyhmä ja vastausprosentti.....	33
4.4 Kyselylomake.....	34
4.5 Kulttuurisen kompetenssin mittari.....	38
4.6 Asenteiden operationalisoinnit.....	40
4.7 Aineiston analyysi.....	43
4.8 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus.....	44
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	47
5.1 Sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin taso.....	47
5.2 Sairaanhoitajien kulttuurinen tietoisuus.....	49
5.3 Sairaanhoitajien kulttuurinen tieto.....	50
5.4 Sairaanhoitajien kulttuurinen taito.....	52
5.5 Sairaanhoitajien kulttuurinen kohtaaminen.....	52
5.5.1 Kulttuurisien eroavaisuuksista johtuvien asioiden ongelmallisuus omalla työpaikalla.....	52

5.5.2 Sairaanhoitajien negatiiviset kokemukset maahanmuuttajapotilaiden ja heidän omaistensa kohtaamisesta.....	55
5.5.3 Sairaanhoitajien oma arvio maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumisesta hoitotyössä.....	55
5.6 Sairaanhoitajien kulttuurinen tahto.....	56
5.6.1 Sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttoa kohtaan.....	58
5.6.2 Sairaanhoitajien asenteet syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta kohtaan.....	58
5.6.3 Sairaanhoitajien yleiset asenteet.....	58
5.7 Tutkimusongelmien, tutkimusmuuttujien ja taustamuuttujien väliset yhteydet.....	59
5.8 Toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tulevan ystävän merkitys.....	62
5.9 Yhteenveto muuttujien tilastollisesti merkittävistä yhteyksistä.....	65
6 POHDINTA.....	68
6.1 Tutkimuksen eettiset näkökohdat.....	68
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	68
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu.....	70
6.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet.....	77
LÄHTEET.....	82
KUVIOT.....	89
TAULUKOT.....	90
LIITTEET.....	91

1 JOHDANTO

Päivystyspoliklinikan hoitotyö on akuutisti sairastuneiden potilaiden vaativaa hoitotyötä. Päivystystoiminnan kehittämiseksi on Suomessa perustettu hankkeita, joiden ensisijaisena tarkoituksena on prosessien, laadun ja asiakaspalvelun parantaminen (Päivystyshanke 2008, HUS 2008, STM 2010). Näissä hankkeissa on huomioitu myös maahanmuuttajat.

Maahanmuutto on globaali ilmiö. Muuttoliikkeen räjähdysmäisen kasvun myötä ovat maahanmuuttokysymykset tulleet yhä tutummiksi myös suomalaisille (Tiilikainen 2007, Helsingin kaupungin tietokeskus 2010). Suomessa ja erityisesti pääkaupunkiseudulla eri kulttuureista tulevien ihmisten määrän on ennustettu jatkossa lisääntyvän (Helsingin kaupungin tietokeskus 2010). Suomessa asuu tällä hetkellä lähes neljännesmiljoona ulkomailla syntynyttä ihmistä noin 180 eri maasta (Tilastokeskus 2011). Kulttuurien, etnisten ryhmien ja uskontojen kirjo asettaa haasteita monikulttuuristuvalla Suomella ja sen terveydenhuoltojärjestelmälle. Tämä muutos näkyy erityisesti pääkaupunkiseudun terveydenhuollossa.

Vuonna 2010 ulkomaalaisia asui Suomessa noin 168 000 ja heistä lähes 80 000 oli muuttanut Virosta, Venäjältä, Ruotsista, Somaliasta ja Kiinasta (Tilastokeskus 2011). Venäjää ja viroa äidinkielenään puhuvia oli Suomessa yhteensä vuonna 2009 noin 75 000. Englantia ja somalian kieltä puhui äidinkielenään noin 12 000 kummassakin kieliryhmässä ja arabian kieltä lähes 10 000 Suomessa asuvaa. Monimuotoisuus näkyy katukuvassa pääkaupunkiseudulla. Noin puolet Suomen maahanmuuttajista asuu Helsingissä ja sitä ympäröivissä kunnissa (Helsingin kaupungin tietokeskus 2010). Helsingin seudun vieraskielisten (muun kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkielisten) määrä on 1990-luvun alusta kymmenkertaistunut. Vuonna 2009 vieraskielisiä oli pääkaupunkiseudulla noin satatuhatta eli 7,5 prosenttia väestöstä. Maahanmuuttajien määrän arvioidaan nousevan; vuonna 2030 arvioidaan Helsingin seudun vieraskielisten määrän olevan noin 15 prosenttia väestöstä. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2010.)

Monikulttuurisuuden oppiminen ja sisäistäminen vaatii erilaisuuden hyväksymistä ja arvostusta, tasa-arvoa yksilöiden ja kulttuurien välillä sekä yhteisesti sovittuja pelisääntöjä ja rajoja (Räty 2002). Suomalaisten yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ovat Jaakkolan (1999, 2005, 2009) tutkimusten mukaan muuttuneet positiivisimmiksi 1990-luvun alkupuoleen verrattuna. Terveydenhuollon ammattilaisten kielteiset asenteet ovat kuitenkin Sainola-Rodriguezin (2009) mukaan asia, jota ei Suomessa ole tarpeeksi käsitelty. Päivystyspoliklinikan henkilökunta kohtaa maahanmuuttajia, joiden tarpeet usein eroavat muiden potilaiden tarpeista ja tästä syystä henkilökunnan myönteiset asenteet ja erilaisuuden hyväksyminen ovat tärkeitä.

Etninen terveyden eriarvoisuus on yleisesti tunnustettu tosiasia ja se näkyy esimerkiksi siinä, että ennenaikainen kuolleisuus sepelvaltimotautiin Etelä-Aasian alueella syntyneillä (Intia, Bangladesh, Sri Lanka ja Pakistani) on noin 50 % suurempi kuin muulla väestöllä (NHS 2004) ja siinä, että nuoret aasialaisnaiset Englannissa ja Walesissä päätyvät itsemurhaan yli kaksi kertaa useammin kuin aasialaiset miehet tai valkoihoiset naiset (Raleigh 1996).

Terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden yhtenä tavoitteena on kaikkien ihmisten korkealaatuinen palvelu ja terveydenhuollossa työskentelevän henkilökunnan asenteilla on vaikutuksensa tämän tavoitteen toteutumiseen. Terveyspalvelujen perustana tulisi olla ihmisarvon kunnioitus, tasavertaisuus ja oikeudenmukaisuus. Terveydenhuollon vahvuus on riippuvainen erilaisuuden huomioimisesta ja terveydenhuollossa heijastuvat yhteiskunnan arvot (Etene 2004). Oikeanlaisten asenteiden ja monikulttuurisuuden sisäistäminen nähdään erityisesti työpaikkojen ja oppilaitosten haasteena. Tutkimukset osoittavat, että terveydenhuoltohenkilöstön peruskoulutuksessa saatu kulttuurinmukainen hoitotyön koulutus ei anna riittäviä valmiuksia maahanmuuttajapotilaan kohtaamiseen (Virkki 1999, Sainola-Rodriguez 2009) eikä sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurinen osaaminen vahvistunut koulutuksen aikana (Rissanen & Kiviniemi 2008).

Suomi muuttuu tulevaisuudessa yhä monimuotoisemmaksi. Sairaanhoitaja, jolla ei ole kulttuurisen hoitotyön taitoja, ei Leiningerin (1991) mukaan pysty kohtaamaan eri kulttuurista tulevia ihmisiä laadukkaasti. Tiedon ja koulutuksen tarve kulttuurisen osaamisen alueella on todettu Suomessa tehdyissä tutkimuksissa (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998, Taavela 1999, Virkki 1999, Hassinen-Ali-Azzani 2002, Tuokko 2007, Voima 2007, Sainola-Rodriguez 2009). Koulutukseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska eri etnisten ja kulttuuristen ryhmien määrä tulee Suomessa jatkossa kasvamaan. Maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen päivystyksessä vaatii sairaanhoitajalta paljon. Eri kulttuurista tulevan ihmisen tarpeiden huomioiminen ja tarpeisiin vastaaminen vaatii monia taitoja. Campinha-Bacoten (2007) mukaan kulttuuristen taitojen hallinta ei ole itsestäänselvyys vaan kulttuurisen pätevyyden eli kompetenssin saavuttaminen on jatkuvan oppimisen prosessi. Kulttuurinen tahto (cultural desire) on keskeistä oppimisen prosessissa. Se johtaa avoimuuteen, joustavuuteen ja erilaisuuden ymmärtämiseen sekä riittävien kulttuuristen taitojen hallintaan (Campinha-Bacote 2002, 2003, 2007, 2008). Monikulttuurisen terveydenhuollon tulisi sisältää terveydenhuollon ammattilaisen tahtoa oppia ja sisäistää uutta sekä tahtoa muokata omia ennakkoluuloja. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät pysty tarjoamaan päivystyspoliklinikoilla asioiville ihmisille tasa-arvoista, eettisesti oikeaa ja kulttuurin huomioivaa palvelua ilman oikeanlaisia asenteita ja kulttuurista tahtoa.

Yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoitotyön toteutuminen vaatii potilaan kulttuurin ja etnisyyden huomioimista. Maahanmuuttajien kulttuuriin tarpeisiin tulisi vastata

henkilökunnan asianmukaisella osaamisella, aktiivisemmalla maahanmuuttajan näkökulman huomioimisella ja oikeilla asenteilla (Hassinen-Ali-Azzani 2002, Taavela 1999, Sainola-Rodriguez 2009). Terveysthuollon henkilöstön kulttuurista osaamista voidaan Voiman (2007) mukaan vahvistaa myös työllistämällä maahanmuuttajia terveydenhuollon tehtäviin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikoilla ja selvittää asenteisiin liittyvien asioiden yhteyttä toisiinsa. Terveysthuollon ammattilaisten asenteita toisesta kulttuurista tulevia ihmisiä kohtaan voidaan selvittää kulttuurista kompetenssia mittaamalla (Campinha-Bacote 2007). Tässä tutkimuksessa kulttuurista kompetenssia mitataan mittarilla, joka perustuu testattuun kulttuurisen kompetenssin malliin (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007). Tässä mallissa korostuu terveydenhuollon ammattilaisen asenteet, kulttuurinen osaaminen ja erilaisuuden arvostaminen. Tämän tutkimuksen yhtenä tuotoksena on ”Kulttuurisen kompetenssin mittari” - päivystyspoliklinikalla maahanmuuttajia kohtaaville sairaanhoitajille (Liite 3).

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Asenteet

Asenne voidaan määritellä mielipiteeksi, jolloin se nähdään ajattelutapana. Puhuttaessa asenteesta johonkin, määritelmään lisätään käyttäytyminen, joka heijastaa tätä mielipidettä ja sen mukaista tapaa ajatella. (The Oxford Paperback Dictionary & Thesaurus 1997.) Thomas & Znanieckin määritteli asenteen ”yksilön mielentilaksi tiettyyn kohteeseen nähden” ja Thurstone näkee asenteen ”psykologiseen kohteeseen kohdistuvaksi myönteiseksi tai kielteiseksi tunteeksi” (ks. Erwin 2005). Kumpikin määritelmä mainitsee kohteen ja kumpaankin liittyvät emotiot. Kohteen ja tunteen yhteyttä asenteeseen korostaa myös Helkama, Myllyniemi & Liebkind (2001), jotka painottavat sosiaalisesti merkityksellisen kohteen ja siihen liittyvän myönteisen tai kielteisen suhtautumistavan olemassaoloa.

Mielentilan ja tunteen lisäksi asenteisiin yhdistetään usein oppiminen ja opittu käyttäytyminen Allportin (1954) määritelmän mukaisesti. Hän määrittelee asenteen opituksi taipumukseksi ajatella, tuntea ja käyttäytyä erityisellä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan, joten asenne nähdään hänen mukaansa kokemuksista opittuna käyttäytymisenä. Peltonen & Ruohotie (1992) väittävät, että yksilön kokemukset ja asioiden sisältämisaste määräävät asenteiden laadun ja voimakkuuden. Samaan väitteeseen yhtyy myös Erwin (2005), jonka mukaan asenteita määrää kokemus.

Asenteiden määrittely voidaan nähdä myös hieman toisenlaisesta näkökulmasta. Näistä yhtenä esimerkkinä on asenteiden määrittely sen mukaan, millainen funktio niillä on ihmiselle. Katz (1960) on erottanut asenteille neljä funktiota: välineellinen (instrumentaalinen), minää (egoa) puolustava, arvoja ilmaiseva ja tiedollinen funktio. Shavitt puolestaan löysi kolme asenteen funktiota: hyöty, sosiaalinen identiteetti ja itsetunnon ylläpitäminen (ks. Erwin 2005). Tärkeänä löydöksenä Shavittin tutkimuksessa oli se, että asenteenmuutoksen onnistuminen riippuu funktioista, joita muutoksen kohteena oleva asenne tarjoaa ihmiselle (Erwin, 2005).

Ennakkoluuloisuus on yksi asenteista, joiden funktio puolustaa minää. Ennakkoluuloisuudessa kohteen luo henkilö itse ja ennakkoluuloisuus saattaa korostua ulkoisen uhkan esimerkiksi stressin aiheuttamana. Vähemmistöryhmiä on aina käytetty ennakkoluuloisuuden kohteena oman egon ja itsearvostuksen kustannuksella. Tiedollisen funktion esimerkkinä pidetään usein stereotypioita, jotka määritellään usein virheellisiksi yleistyksiksi jostakin kohteesta. Stereotypiat ovat ennakkoluuloisten asenteiden tiedollisia komponentteja. Ne ovat tietorakenteita, jotka auttavat ymmärtämään maailmaa ja käsittelemään jatkuvaa

informaation tulvaa. Informaation käsittely saattaa yksinkertaisten olettamusten avulla helpottua, mutta asioiden käsittelyn tarkkuus saattaa kärsiä huomattavasti. (Erwin 2005.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että asenteiden määrittely on monimuotoista ja hankalaa. Lähes kaikkien määritelmien mukaan asenne näyttää sisältävän tunnepohjaisen suhtautumisen johonkin asiaan ja ainakin jonkin verran tietoa siitä. Asteiden klassisessa kolmikomponenttimallissa tieto, tunne ja käyttäytyminen nähdään olevan yhteydessä keskenään. Viime aikoihin asti teoreetikot ovat olleet sitä mieltä, että asenteet ovat yksinomaan opittuja, eikä kukaan omaa syntyessään myönteisiä tai kielteisiä asenteita. Väitetään, että ihmisten asenteista päästään parhaiten selville seuraamalla ihmisten käyttäytymistä, vaikka tutkijat mittaavatkin asenteita monilla eri mittaamenetelmillä. Useissa asenteiden mittaamenetelmissä on ollut mukana oletus, jonka mukaan asenteet ovat melko pysyviä ja muuttumattomia kognitiivisia rakenteita, joita pystytään mittaamaan jonkinlaisella jatkumolla. (Erwin 2005.)

2.2 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttaja on henkilö, joka on syntynyt ulkomailla ja hänellä on tarkoitus jäädä Suomeen pysyvästi eikä hänellä ole Suomen kansalaisuutta. Maahanmuuttajat voivat siis olla työn, pakolaisuuden ja avioliiton kautta muuttaneita tai vaikka paluumuuttajia ja turvapaikanhakijoita. (Räty 2002, Tiilikainen 2007.) Tämän hetkisen termistön mukaan kaikista Suomen kansalaisista käytetään nimitystä suomalainen. Maahanmuuttajasta tulee siis suomalainen, kun hän on saanut Suomen kansalaisuuden. Suomen kansalaisuuden saaneista ulkomaalaistaustaisista on myös käytetty nimityksiä uussuomalainen ja suomenmaalainen (Räty 2002).

Monilla pitkäaikaisesti Suomessa asuvilla maahanmuuttajilla ei välttämättä ole Suomen kansalaisuutta ja vaikka heillä kansalaisuus olisikin, heidän äidinkieltensä, uskontonsa tai etninen identiteettinsä eivät kuitenkaan muutu. Etninen vähemmistö nimikettä käytetään monesti niin maahanmuuttajista kuin muistakin ryhmistä, jotka eroavat etnisestä kantaväestöstä. (Räty 2002.) Etninen vähemmistö on Hillierin (1991) mukaan sellainen sosiaalinen ryhmä, jolla on kantaväestöön verrattuna joko erilainen kieli, arvot, uskonto, tavat tai asenteet.

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa Suomessa asuvia ulkomaan kansalaisia sekä Suomen kansalaisuuden saaneita maahanmuuttajia ja heidän jälkeläisiään. Suomen kansalaisuuden saaneiden maahanmuuttajien jälkeläisiä kutsutaankin joskus toisen polven maahanmuuttajiksi tai maahanmuuttajataustaisiksi vaikka he olisivat syntyneet Suomessa. Tässä tutkimuksessa maahanmuuttaja käsittää myös niin sanotut paluumuuttajat, jotka ovat

muualla kuin Suomessa syntyneitä suomalaisten jälkeläisiä. Sairaanhoidajille lähetettävässä kyselyssä käytetään termejä maahanmuuttaja sekä maahanmuuttajapotilas. Maahanmuuttajapotilaalla tarkoitetaan tutkimuksessa maahanmuuttajaa, joka tulee hoidon tarpeen arviointiin päivystykseen tai on hoidettavana päivystyspoliklinikalla.

2.3 Päivystyspoliklinikka, sairaanhoitaja ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)

Päivystyspoliklinikalla tuotetaan kiireellistä hoitoa vaativille potilaille päivystysluontoista palvelua. Päivystyspoliklinikka on sairaalan etulinjan osasto, jossa arvioidaan potilaan hoidon tarve, ohjataan oikeaan hoitopaikkaan ja huolehditaan mahdollisesta jatkohoitoon liittyvistä asioista. Osa potilaista tulee päivystyspoliklinikalle ambulanssikuljetuksin tai muiden viranomaistahojen saattamana. Päivystyspoliklinikoita on erilaisia, mutta kaikissa keskitytään auttamaan kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilaita. Potilaat voivat olla kiireellisen hoidon tarpeessa monista eri syistä. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan niin fyysisesti loukkaantuneita ja sairastuneita kuin psyykkisen avun tarpeessa olevia potilaita. Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajat kohtaavat kaikenikäisiä ja erilaisista olosuhteista tulevia potilaita. (HUS, 2008, STM 2010.)

Sairaanhoidaja hoitaa ihmisten kokemia terveyteen ja sairauteen liittyviä ongelmia. Sairaanhoidaja suunnittelee, koordinoi ja toteuttaa potilaiden hoitoa. Työtehtävät saattavat vaihdella toimipisteestä ja erikoisosaamisesta riippuen. Sairaanhoidaja toimii potilaan edustajana ja toteuttaa potilaan hoitoa moniammatillisen tiimin jäsenenä. (Smeltzer & Bare 2004.)

Sairaanhoidajan kansainvälisten ja suomalaisten eettisten ohjeistusten mukaan sairaanhoidajan keskeisenä tehtävänä on ihmisten kärsimysten lievittäminen, terveyden edistäminen ja sairaiden ihmisten auttaminen. Sairaanhoidaja on vastuussa hoitoa tarvitseville potilaille ja vastaa henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä. Sairaanhoidaja toimii oikeudenmukaisesti potilaita kohtaan ja varmistaa etteivät hoitoon osallistuvat tahot toimi epäeettisesti potilaita tai toisia työntekijöitä kohtaan. Sairaanhoidajat huolehtivat myös siitä, että potilas saa tarvittavan tiedon hoitoa koskevissa asioissa ja varmistaa hänen suostumuksensa hoitoon. Sairaanhoidaja huolehtii omasta terveydestään ja varmistaa, ettei potilaan hoito vaarannu hänen oman terveytensä vuoksi. Hän huolehtii omien työhön liittyvien taitojen ja tietojen ylläpitämisestä ja päivittämisestä niin, ettei potilaan hoito vaarannu. (Sairaanhoidajaliitto 1996, ICN 2006.)

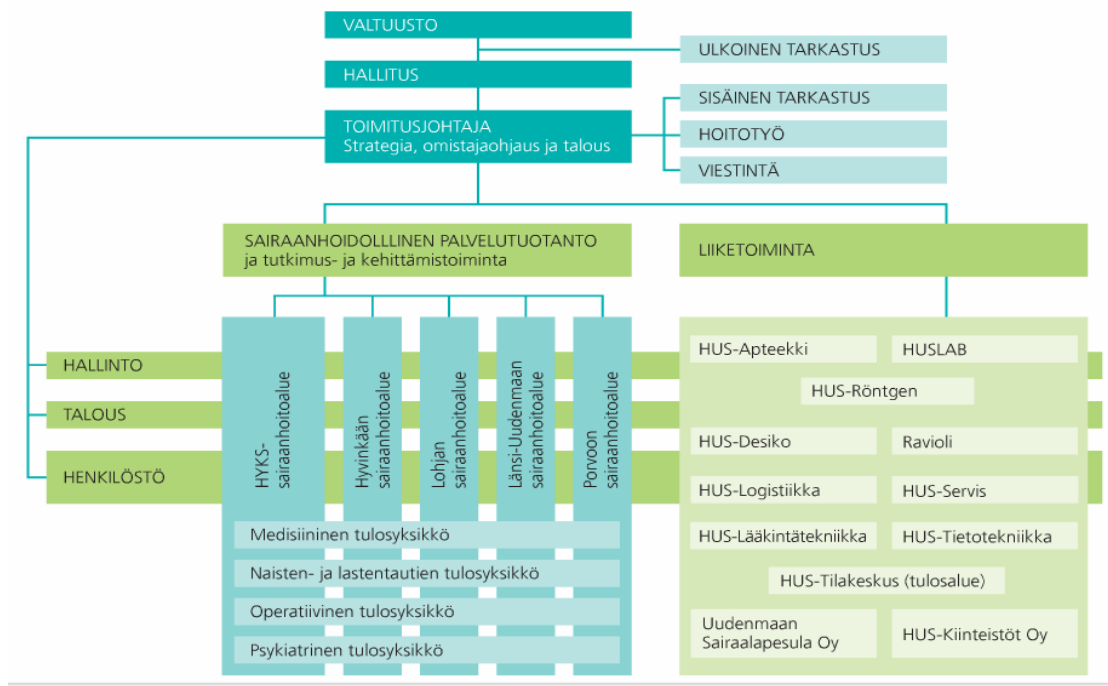
Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia Suomessa. Sairaanhoidajan ammattia saa harjoittaa vain laillistettu ammattihenkilö. Tutkintonimike ei itsessään oikeuta ammatinharjoittamiseen

vaan laillistus tapahtuu Valviran toimesta. Sairaanhoidajana voi työskennellä esimerkiksi kätilön, ensihoitajan tai terveydenhoitajan koulutuksen saanut henkilö, jos kyseessä olevan henkilön koulutus sisältää vaadittavat opinnot ja Valvira myöntää ammatinharjoittamiseen liittyvät oikeudet. Sairaanhoidajan ammatinharjoittamiseen ja laillistamiseen johtavaksi koulutukseksi hyväksytään nykyään ammattikorkeakoulussa suoritettavat ammattikorkeakoulututkinnot. Laillistettuna sairaanhoidajana voi työskennellä ilman ammattikorkeakoulututkintoa, jos tutkinto oli suoritettu ennen kuin Suomessa siirryttiin ammattikorkeakoulututkintoihin. Sairaanhoidajaopiskelija saa tilapäisesti toimia laillistetun sairaanhoidajan tehtävässä kun on suorittanut kaksi kolmasosaa opinnoistaan. Terveysnehoitajaksi, ensihoitajaksi ja kätilöksi opiskeleva saa myös toimia tilapäisesti sairaanhoidajan tehtävässä kun hän on suorittanut kaksi kolmasosaa sairaanhoidajan koulutukseen kuuluvista opinnoista. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, Valvira 2010.)

HUS on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, jonka ylintä päätösvaltaa käyttää kuntayhtymän valtuusto. Erikoissairaanhoidon palvelualueeseen kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitoalue (HYKS), Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Palvelutuotantoa koordinoi medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentautien sekä psykiatrian tulosyksiköt. Sairaanhoitopiiriä johtaa hallitus, johon valtuusto valitsee toimikaudekseen jäsenet. Helsingin Yliopistolla on myös oikeus nimetä hallitukseen kaksi jäsentä. (HUS 2010.)

HUS:n talous perustuu vuosittain tehtäviin palvelusopimuksiin jäsenkuntien kanssa, joita on tällä hetkellä 26 kuntaa. HUS-kuntayhtymä tuotti vuonna 2010 muun muassa 578 737 hoitojaksoa ja yli 1,5 miljoonaa avohoitokäyntiä. HUS:n sairaaloissa annettiin vuoden mittaan hoitoa yhteensä 462 964 eri henkilölle. Kuntayhtymän henkilöstömäärä oli vuoden 2010 lopussa 21 171 työntekijää. (HUS 2011.) HUS:n konsernirakenne on esitetty kuviossa 1.

HUS-konserni 2010



KUVIO 1. HUS:n konsernirakenne (HUS - Vuosikertomus 2010)

HUS:n päivystyksen tehtävänä on tuottaa erikoissairaanhoidon päivystyspalvelut alueen väestölle. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat perusterveydenhuolto, ensihoito, Helsingin kaupungin erikoissairaanhoido ja HUS:n kliininen toiminta vuodeosastopalveluineen. Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki luo puitteet päivystysten kehittämiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Päivystystoiminnassa on tapahtumassa kansallisesti suuria muutoksia, päivystystä keskitetään, osaamista lisätään etulinjaan ja päivystysosaajien koulutusta kehitetään. HUS-alueen päivystystoimintaa kehitetään HUS:n strategisten päämäärien mukaisesti. Tavoitteena on tarjota oikea-aikaiset ja saumattomat päivystyspalvelut potilaslähtöisesti. Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa tiivistetään toiminnan kaikilla tasoilla. Päivystys keskittyy perustehtävään eli kiireellisten potilaiden hoitoon. (HUS 2008.)

Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon päivystystoiminnan järjestämisestä. Virka-aikaan potilaat kääntyvät oman terveyskeskuksen puoleen ja päivystysaikana sovittuun päivystyspisteeseen. HUS vastaa koko sairaanhoitopiirin alueen kaikesta erikoissairaanhoidosta, lukuun ottamatta Helsinkiä, jolla on myös omaa sisätautien erikoissairaanhoidoa. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitopiiriin (HYKS) on

keskitetty suurin osa koko alueen vaativasta erikoissairaanhoidosta. HUS:n sairaanhoitoalueet vastaavat oman alueensa päivystyspalveluista. HYKS-alueen medisiinisen tulosityksikön päivystys ja valvonta koordinoi koko HUS-piirin päivystystoimintaa. (HUS 2008.)

Perusterveydenhuollon päivystys tarkoittaa yleislääkäritasosta päivystystä, joka tapahtuu sekä terveysasemilla, terveyskeskuspäivystyksissä että yhteispäivystyksissä. Tavallisimmat potilasryhmät ovat infektiopotilaat, pientraumat sekä osa ikäihmisten ongelmista. Erikoissairaanhoidon päivystys tarkoittaa sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla tapahtuvaa jakamatonta tai erikoisalakohtaista ja yleensä vaativampien, vakavien ja äkillisten sairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystyspistettä, jossa on sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon palveluita samoissa tiloissa. (HUS 2008.)

2.4 Kulttuuri, monikulttuurisuus ja kulttuurinen kompetenssi

Mercer (1990) näkee kulttuurin kokonaisena elämäntapana joka opitaan ja siirretään sukupolvelta toiselle. Leiningerin (1988) mukaan kulttuuri ohjaa yksilön ajattelua, ratkaisuja ja toimintoja ja perustuu yksilön opittuihin arvoihin, uskomuksiin, normeihin ja elämäntapojen käytäntöihin. Rädyn (2002) mukaan kulttuuri nähdään omaksuttuna ja opittuna elämäntapana, toimintana ja uskomuksina, jossa kulttuuri toimii maailmaa tarkastelevana kehiksenä.

Campinha-Bacoten (2007) mallin mukaan kulttuuri nähdään laaja-alaisena käsitteenä, joka sisältää monia asioita. Kulttuuri ei rajoitu pelkästään kulttuurisiin ryhmiin, kansalaisuuteen tai etniseen alkuperään vaan se nähdään monimuotoisena käsitteenä, joka sisältää muun muassa tiedon, taiteen, lain ja tavat. Määritelmä korostaa sitä, että ihmisellä on enemmän kuin yksi kulttuurinen identiteetti, ja hän kuuluu useampaan kuin yhteen kulttuuriseen ryhmään.

Monikulttuurisuudella tarkoitetaan yleensä erilaisten ihmisten yhdessäoloa.

Monikulttuurisuuden tulisi näkyä yhteiskunnan rakenteiden muutoksena ja jopa poliittisena muutoksena. Yhteiskunta, joka pyrkii monikulttuurisuuteen, tulisi olla tasa-arvoinen kaikille eri kulttuurien edustajille. Kaikilla yhteiskunnan jäsenillä tulisi olla kunnioitus tai ainakin pyrkimys muiden tasa-arvoiseen kunnioitukseen. (Räty 2002.) Monikulttuurisuudesta ja kulttuurien kohtaamisesta puhuttaessa sopeutuminen puolin ja toisin on tärkeää. Kulttuurit muuttuvat kohdatessaan ja näin ollen arvot, asenteet, käyttäytyminen, uskomukset ja samastumiskuviot muuttuvat. Muutospaineet nähdään yleensä kohdistuvan voimakkaammin vähemmistökulttuurin edustajiin. Yksiuotteisesti nähtynä muutosprosessi aiheuttaisi vähemmistökulttuurin häviämisen ajan myötä. Kaksiuotteisen muutosprosessin mukaan

kulttuurivähemmistön edustajat taas säilyttäisivät vaihtelevassa määrin oman kulttuurinsa. Tämän näkemyksen mukaan enemmistökulttuurilta odotetaan sopeutumista monikulttuurisuuteen. (Liebkind 2000.) Monikulttuurisuuteen ja väestössä tapahtuvaan rakennemuutokseen voidaan vaikuttaa kulttuurisella kompetenssilla. Terveystieteiden tutkimuksessa kulttuurista kompetenssia tarvitaan lisäksi eriarvoisuuden vähentämiseksi ja terveydenhuollon tarjoaman palvelun laadun parantamiseksi (Goode, Dunne & Bronheim 2006).

Kulttuurisen kompetenssin sisäistäminen vaatii kulttuurin lisäksi kompetenssi käsitteen ymmärtämistä. Kompetenssi nähdään arkikielessä yleensä pätevyytenä johonkin. Kompetentti henkilö määritellään The Oxford Paperback Dictionary & Thesauruksen (1997) mukaan pystyvänä, tehokkaana ja riittävät taidot omaavana. Tiedot, taidot ja asenteet nähdään yleisesti kompetenssin keskeisimpinä tekijöinä. Kuokkanen (2000) näkee kompetenssin vielä laajempaan käsitteeseen. Hänen mukaan kompetenssi on energinen, aktiivinen ja usein prosessinomainen käsite, joka saa merkityksensä silloin, kun se liitetään tekemiseen ja tavoitteeseen.

Ikonen (2007) on tehnyt käsitteanalyysin kulttuurisen kompetenssin käsitteestä. Hänen mukaansa kulttuurinen kompetenssi on terveydenhuollon työntekijän herkkyyttä kohdata asiakas niin, että hänen kulttuurinen taustansa otettaisiin huomioon hoitotyössä. Kulttuurinen kompetenssi sisältää lisäksi kulttuurisen taidon ja kulttuuritiedon, joita terveydenhuollon työntekijä hyödyntää kohdatessaan vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan. Kulttuurinen kompetenssi mahdollistaa kaikille ihmisille tasavertaisen ja asiakasta voimaannuttavan hoitosuhteen.

Kulttuurinen kompetenssi on Campinha-Bacoten (2007) mallin mukaan jatkuva prosessi, jossa terveydenhuollon ammattilainen yrittää jatkuvasti saavuttaa parhaan mahdollisen kulttuurisen taidon, tiedon ja tietouden kohdatessaan asiakkaan niin yksilö- kuin yhteisötasolla. Tämä malli vaatii työntekijää näkemään itsensä kulttuuriseen kompetenssiin pyrkijänä eikä niinkään jo kulttuurisen kompetenssin hallitsijana.

2.5 Campinha-Bacoten kulttuurisen kompetenssin malli

Campinha-Bacoten (1999, 2002, 2007) kulttuurisen kompetenssin malli (*The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*) toimii tämän tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä. Campinha-Bacoten mukaan mallin kehittämisessä on käytetty tukena muun muassa Leiningerin (1978) transkulttuurista hoitotyötä koskevaa työtä ja Pedersenin (1988) multikulttuurista kehittämistä käsittelevää työtä. Malli sopii

terveyspalveluja tarjoaville organisaatioille ja työntekijöille ja se painottaa kulttuurisesti vastuullisen palvelun tärkeyttä.

Kulttuurinen kompetenssi on mallin mukaisesti prosessi eikä yksittäinen tapahtuma. Kulttuurinen kompetenssi muodostuu viidestä osa-alueesta jotka ovat integroituna toisiinsa: kulttuurinen tietoisuus (cultural awareness), kulttuurinen tieto (cultural knowledge), kulttuurinen taito (cultural skill), kulttuurinen kohtaaminen (cultural encounter) ja kulttuurinen tahto (cultural desire). Kulttuurisen mallin mukaisesti kulttuurien välillä ja kulttuurin sisällä ilmenee paljon vaihtelua. Tätä ilmiötä kutsutaan intra-etniseksi vaihteluksi. Kulttuurisen kompetenssin mallissa terveydenhuollon ammattilaisen kulttuurisella osaamisella on suora yhteys hänen kykyynsä tarjota kulttuurisesti vastuullista terveydenhuoltopalvelua. Toisesta ihmisestä välittäminen ja hänen tarpeisiinsa vastaaminen ovat tämän mallin keskeisiä osia. (Campinha-Bacote 2002, 2007.)

Kulttuurisen kompetenssin mallin perusteena on sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Kulttuurisen kompetenssin omaavalla työntekijällä tulee olla taito nähdä sosiaalisen epätasa-arvoisuuden olemassaolo eri yksilöillä ja yhteisöillä ja puuttua epätasa-arvoisiin toimintatapoihin sekä kehittää kulttuurin huomioivaa hoitotyötä tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta unohtamatta. (Campinha-Bacote 2007.)

Kulttuurisen kompetenssin mallia on havainnollistettu tulivuorenpurkausta esittävällä kuvalla, jossa kulttuurinen tahto on itse vuori ja kulttuurisen kompetenssin muut osa-alueet sijaitsevat purkauksen aiheuttamassa tuhkapilvessä (Campinha-Bacote 2002, 2007). Tässä työssä mallia on kuvattu niin sanottuna ”lumipalloilmiönä”, jossa lumipallo alaspäin vyöryessään kerää uutta lunta ja kasvattaa kokoaan. Lumipallo rakentuu kaikista kulttuurisen kompetenssin osa-alueista. Kulttuurinen tahto työntää lumipalloa eteenpäin ja matkustaa lumipallossa muiden osa-alueiden mukana jatkuvasti kasvaen. Lumipallo kerää mukaansa kulttuurista kompetenssia kasvattavia rakennusaineita kohdatessaan uutta kontaktipintaa. Kuviossa 2. havainnollistetaan tutkijan oman näkemyksen kautta kulttuurisen kompetenssin mallia.



KUVIO 2. Kulttuurinen kompetenssi ”lumipalloilmionä” nähtynä.

2.5.1 Kulttuurinen tietoisuus

Kulttuurinen tietoisuus on asiakkaan erilaisuuden ymmärtämistä ja hyväksymistä. Se painottaa terveydenhuollon työntekijän oman kulttuurisen ja ammatillisen taustan ymmärtämistä ja syvempää tutkimista. Tämä prosessi tarkoittaa myös omien ennakkoluulojen, olettamusten, asenteiden ja arvojen tunnistamista ja suhteuttamista asiakkaita kohtaan, jotka ovat erilaisia (Campinha-Bacote 2002). Campinha-Bacote (2007) pitää Leiningerin (1978) kuvailemaa oman kulttuurin liiallista painottamista (kulttuurinen impositio) riskinä, jollei työntekijä ole tunnistanut omaa kulttuurista vaikutusta tai ammatillisia arvojaan. Kulttuurinen impositio on Leiningerin (1978) mukaan yksilön omien uskomusten, arvojen ja käyttäytymismallien painottamista ja esiintuomista eri kulttuurista tulevan asiakkaan kanssa tehtävään yhteistyöhön.

Campinha-Bacoten (2007) mukaan kulttuurisen tietoisuuden ymmärtämistä auttaa kulttuurisen tietoisuuden kuvittelu eräänlaisena janana, jossa on neljä tasoa. Nämä tasot ovat *tiedostamaton inkompetenssi*, *tiedostettu inkompetenssi*, *tiedostettu kompetenssi* ja *tiedostamaton kompetenssi*. *Tiedostamaton inkompetenssi* tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattilainen ei tiedosta omaa kulttuurista tietouttaan. Terveydenhuollon ammattilainen saattaa esimerkiksi ajatella, ettei kulttuurisia eroavaisuuksia ole olemassa, koska asiakas kuuluu samaan ”etniseen” ryhmään kuin hän. *Tiedostetun inkompetenssin* tasolla terveydenhuollon ammattilainen on tiedostanut kulttuuriset eroavaisuudet ja havainnut, että häneltä puuttuu tietoa eri kulttuureista. Tällä tasolla terveydenhuollon ammattilaiselta puuttuu vielä taito kommunikoida ”hyvin” erilaisen kulttuurisen taustan omaavan asiakkaan kanssa. *Tiedostetun kompetenssin* tasolla terveydenhuollon ammattilainen on henkilökohtaisesti ollut mukana monissa kulttuurien välisissä vuorovaikutustilanteissa ja

tiedostaa syvällisesti sen, että kulttuurista erilaisuutta täytyy kunnioittaa, jotta vuorovaikutus onnistuisi. Tällä tasolla hän saattaa tuntea vaivautuneisuutta kohdatessaan toisesta kulttuurista tulevia asiakkaita. Hän pelkää sitä, että lähestyykö hän asiakasta oikein tai sanooko hän asian korrektisti vai ei. Terveystieteiden ammattilainen tiedostaa kulttuuriset eroavaisuudet hyvin, mutta miettii ehkä liikaa omaa tekemistään ja sanomistaan kohdatessaan toisesta kulttuurista tulevan asiakkaan. Viimeisellä *tiedostamattoman kompetenssin* tasolla terveydenhuollon ammattilainen pystyy luonnollisesti ja tiedostamattomasti kohtaamaan kulttuurisesti monimuotoisen asiakkaan ja hoitamaan häntä kulttuurin mukaisella tavalla. Viimeisen tason saavuttaminen on äärimmäisen vaikeaa, eivätkä kaikki siihen koskaan pysty.

Kulttuurinen tietoisuus käsittää edellisten lisäksi vielä joukon erilaisia vuorovaikutustyyplejä, joita terveydenhuollon ammattilainen saattaa käyttää joko tiedostetusti tai tiedostamattomasti. Campinha-Bacote (2007) on valinnut malliinsa Bell & Evanssin (1981) viisi erilaista vuorovaikutustyyliä, joita ovat avoin rasismi (*overt racism*), piilorasismi (*covert racism*), kulttuurisen osaamisen riittämättömyys (*cultural ignorance*), kulttuuriset tekijät poissulkeva (*color blind*) ja kulttuuriset tekijät huomioiva (*culturally liberated*).

Avoin rasismi - vuorovaikutustyyliässä terveydenhuollon ammattilainen toimii omien ennakkoluulojensa mukaisesti nolaten asiakkaita ja heikentäen heidän ihmisarvoaan. Tällainen vuorovaikutus ei ole luontevaa. (Campinha-Bacote 2007.)

Piilorasismissa terveydenhuollon ammattilainen tunnistaa omat pelkonsa tiettyä kulttuurista ryhmää kohtaan ja tietää, ettei niitä tulisi tuoda esiin. Terveystieteiden ammattilainen joutuu tällaisessa tilanteessa piilottamaan oikeat tunteensa, jolloin hänen myötätuntonsa asiakasta kohtaan kärsii. Kulttuurinen osaamisen riittämättömyys (*cultural ignorance*) on vuorovaikutustyyli, jossa terveydenhuollon ammattilaiselta puuttuu usein vuorovaikutustilanteita tietyn kulttuurisen ryhmän jäsenten kanssa ja tämän vuoksi hän pelkää omien kulttuuristen kykyjensä riittämättömyyttä ja epäonnistumista. (Campinha-Bacote 2007.)

Kulttuuriset tekijät poissulkevassa (*color blind*) vuorovaikutustyyliässä terveydenhuollon ammattilainen on tehnyt mielessään tiedostetun päätöksen, jonka mukaan hän kohtelee kaikkia asiakkaitaan samalla tavalla riippumatta heidän kulttuurisesta taustastaan. Tälle tyyliä on ominaista, että hän kieltää kulttuuristen eroavaisuuksien olemassaolon, vaikka niiden tunnistaminen ja hyväksyminen ovat välttämättömiä osioita hyvän vuorovaikutuksen onnistumiselle. Kulttuuriset tekijät huomioivassa (*culturally liberated*) vuorovaikutuksessa on tyypillistä se, että terveydenhuollon ammattilainen on tietoinen omista asenteistaan eri kulttuurisia ryhmiä kohtaan, eikä pelkää kulttuurisia eroavaisuuksia. Kulttuuriset tekijät

huomioiva työntekijä rohkaisee asiakkaitaan ilmaisemaan tunteitaan ja kertomaan omista kulttuurisista ja etnisistä taustoistaan. Tällöin hän käyttää kulttuurien välisiä vuorovaikutustilanteita oppimistilanteina, joissa vuorovaikutukseen osallistuvilla osapuolilla on mahdollisuus oppia toistensa kulttuureista ja taustoista. Kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla tietous siitä, millä tyylillä he toimivat vuorovaikutustilanteissa, jotta kulttuurinen vuorovaikutus terveydenhuollossa paranisi. (Campinha-Bacote 2007.)

2.5.2 Kulttuurinen tieto

Kulttuurinen tieto on prosessi, joka tähtää vankkojen perustietojen opiskeluun ja hallitsemiseen eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä käyttäen apuna erilaisia oppimistapoja. Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi keskittyä kolmeen tärkeään asiaan parantaakseen kulttuurisen tiedon tasoaan. Nämä asiat ovat terveysperustaiset uskomukset ja kulttuuriset arvot (health related beliefs and cultural values), tautien olemassaolo ja esiintyvyys etnisten ryhmien keskuudessa (disease incidence and prevalence) ja hoidon vaikutus (treatment efficacy). (Campinha-Bacote 2007.)

Terveydenhuollon ammattilainen ei pysty täydellisesti kartoittamaan asiakkaan terveysperustaisia uskomuksia ja kulttuurisia arvoja, ellei hänellä ole ymmärrystä asiakkaan maailmankuvasta. Asiakkaan maailmankuva selittää sen miten hän tulkitsee sairauden ja terveyden ja miten hän kokee maailmankuvan vaikuttavan ja ohjaavan omaa olemistaan, ajatteluaan ja tekemistään. (Campinha-Bacote 2002, 2007.)

Tautien olemassaolo ja esiintyvyys etnisten ryhmien keskuudessa on toinen kulttuurisen tiedon osa-alueista, joka työntekijän täytyy ottaa huomioon kulttuurista tietoa kerätessään. Tässä painotetaan eri etnisten ryhmien välillä esiintyviä biologisia eroavaisuuksia, jotka tulisi ottaa huomioon suunnitellessa ja toteuttaessa potilaan hoitoa, terveysneuvontaa ja hoito-ohjelmia. (Campinha-Bacote 2002, 2007.)

Hoidon vaikutus on kolmas osa-alue kulttuurisen tiedon alueella, joka keskittyy lähinnä etniseen farmakologiaan ja liittyy läheisesti ruokavalioon, aliravitsemukseen ja geneettisiin eroavaisuuksiin. Etninen farmakologia keskittyy tutkimaan lääkkeiden imeytymistä ja metabolismia eri etnisten ryhmien välillä. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.) Lääkkeiden imeytymiseen ja tehoon vaikuttavat esimerkiksi ruokavalio, aliravitsemus, geneettiset eroavaisuudet, terveydenhuollon ammattilaisen ennakkoluuloiset ja yksipuoliset näkemykset kulttuurisesti erilaisesta ryhmästä, lääkkeiden täyteaineet (laktoosi) ja yrttien käyttö. Eisenbergin ym. (1998) laajassa tutkimuksessa todettiin, että 15 miljoonaa aikuista Yhdysvalloissa ovat alttiina lääke-yrtti yhteisvaikutukselle (ks. Campinha-Bacote 2007). Hoidon vaikutukseen kuuluvat myös geneettiset eroavaisuudet, joista esimerkkeinä ovat

veriarvojen ja terapeuttien hoitoarvojen eroavaisuudet etnisestä taustasta johtuen (Campinha-Bacote 2007).

Kulttuurisen tiedon osa-alueeseen voidaan edellisten kolmen tekijän lisäksi yhdistää vielä eri kulttuurista tulevan asiakkaan kommunikointitavan tunnistaminen. Neljä yleisintä eri kulttuurista tulevan asiakkaan kommunikointitapaa ovat:

1. Kommunikointitapa, jossa ryhmälle tyypillisten arvojen, uskomusten ja tapojen kieltäminen tapahtuu tiedostetusti tai tiedostamattomasti.
2. Kommunikointitapa, jossa ainoastaan omaa kulttuuria arvostetaan ja muita kulttuureita ei arvosteta.
3. Perinteinen kommunikointitapa, jossa asiakas ei mainitse kulttuurisia asioita.
4. Kommunikointitapa, jossa omaa kulttuuritaustaa arvostetaan valtakulttuuria väheksymättä. (Campinha-Bacote 2007.)

Tärkeintä kulttuurisen tiedon oppimisessa, sisäistämisessä ja ymmärtämisessä on se, ettei kukaan yksilö ole yhden kulttuurin stereotyyppi. Kulttuuriryhmän yksilö on omaperäinen sekoitus monimuotoisuutta, jota löytyy jokaisesta kulttuurista. Elämäkokemuksen kertymä ja kulttuurien sekoittuminen tulisi huomioida kulttuurisen tiedon keräämisessä. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.)

2.5.3 Kulttuurinen taito

Kulttuurinen taito on Campinha-Bacoten (2007) mukaan terveydenhuollon ammattilaisen kykyä suorittaa asiakkaalle kulttuurinen tarpeenmäärittely sekä kykyä suorittaa kulttuuriin perustuva fyysinen arvio hänen tilastaan. Erilaisten apuvälineiden tuntemus saattaa helpottaa kulttuurista tarpeenmäärittelyä. Tarpeenmäärittelyä helpottavat apuvälineet ovat usein muistisääntöihin perustuvia apuvälineitä, jotka auttavat haastattelutilanteessa huomioimaan asiakkaan kulttuurisen taustan.

Kulttuurisen taidon prosessi käsittää fyysisen arvion tekemisen kulttuurisesti ja etnisesti erilaisen asiakkaan kohdalla, huomioiden myös lasten, aikuisten ja vanhusten eroavaisuudet. Kulttuurista taitoa tarvitaan etnisesti erilaisen asiakkaan fyysisen arvion tekemisessä. Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi pystyä tunnistamaan asiakkaan fyysiset, biologiset ja fysiologiset eroavaisuudet. Yleisimpiä eroavaisuuksia ovat ihonväri, laboratorioarvojen eroavaisuudet ja eroavaisuudet ruumiin rakenteissa. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.) Terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla tietoa kulttuurin sekä etnisen alkuperän vaikutuksesta kulttuuriin tarpeenmäärittelyyn. Fyysisen tutkimuksen tekemisessä tulee huomioida kulttuuri ja etnisyys. Tämä korostuu esimerkiksi erilaisten ihonvärien tarkkailussa. Ihonvärillä on vaikutusta siihen, miten terveydenhuollon ammattilainen tarkkailee esimerkiksi

painehaavoja, keltaisuutta, huulten sinisyyttä, ihottumia tai inflammaatiota. (Campinha-Bacote 2007.)

Kulttuurinen taito painottuu kulttuuristen tarpeiden määrittelyyn ja huomiointiin. Tarpeenmäärittely on tärkeää kaikilla potilailla. Kulttuurisen tiedon kerääminen asiakkaalta vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta taitoa ja herkkyyttä sekä puolueetonta ja tuomitsematonta asennetta, riippumatta siitä mitä kuullaan. Tarkkaavaisuutta ja herkkyyttä vaaditaan erityisesti lapsiin kohdistuvan väkivallan epäilyssä. (Campinha-Bacote 2007.)

2.5.4 Kulttuurinen kohtaaminen

Kulttuurinen kohtaaminen on prosessi, joka rohkaisee terveydenhuollon ammattilaista osallistumaan kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen niiden asiakkaiden kanssa, jotka omaavat erilaisen kulttuurisen taustan kuin hän itse. Suora vuorovaikutus kulttuuritaustoiltaan erilaisten asiakkaiden kanssa muokkaa ja muuttaa terveydenhuollon ammattilaisen sen hetkisiä käsityksiä tämän kulttuuriryhmän jäsenistä ja näin ollen torjuu mahdollisten stereotyyppien esiintymistä. Terveydenhuollon ammattilaisen täytyy kuitenkin muistaa, että kolmen tai neljän ihmisen kohtaaminen tietystä etnisestä ryhmästä ei tee hänestä tämän kulttuuriryhmän erikoisosaajaa, sillä yhden kulttuurin sisällä ilmenee paljon vaihtelua ja monimuotoisuutta. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.)

Asiakkaan kielellisten tarpeiden ja tulkin tarpeellisuuden arvioiminen on osa kulttuurista kohtaamista. Yksi kulttuurisen kohtaamisen prosessin tavoitteista on verbaalisen ja ei-verbaalisen viestinnän hallitseminen ja viestien lähettäminen ja vastaanottaminen täsmällisesti ja oikea-aikaisesti, unohtamatta kulttuurisen kontekstin huomioimista (Sue ym. 1982 ks. Campinha-Bacote 1999). Perheenjäsenten, omaisten tai saattajien käyttö tulkina saattaa ehkäistä oikean tiedon saamista asiakkaalta. Tulkin ammatillisen sanaston hallinta on tärkeää oikeiden tietojen välittämiseksi niin potilaalta terveydenhuollon ammattilaiselle kuin päinvastoin. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.)

Kulttuuriseen kohtaamiseen osallistuminen saattaa tuntua terveydenhuollon ammattilaisesta ajoittain vaikealta ja epämukavalta. Tällaisissa tilanteissa terveydenhuollon ammattilaisen täytyy ymmärtää, että heidän hyvää tarkoittava sanaton kommunikaationsa saatetaan tulkita joidenkin kulttuuristen ryhmien puolelta joko hyökkäväksi, epämieluisaksi tai jollain tavoin loukkaavaksi. (Campinha-Bacote 1999.) Kulttuuri on lähes aina mukana konflikteissa. Terveydenhuollon ammattilaisen myötätuntoinen suhtautuminen toisen ihmisen kärsimykseen saattaa auttaa häntä käsittelemään kohtaamisessa ilmeneviä konflikteja. Kulttuuriset konfliktit ovat oppimistilanteita ja niiden ratkaisemiseen liittyy se, miten terveydenhuollon ammattilainen pystyy tilanteen ikävyydestä riippumatta osoittamaan kunnioitusta ja hyvyttä

toista ihmistä kohtaan ja osallistumaan toisen osapuolen kärsimien tunteiden käsittelyyn. Tähän liittyy myös kuuntelemisen ja läsnäolon taito tilanteissa, joissa jatkuva fyysinen läsnäolo on mahdotonta. (Campinha-Bacote 2007.)

2.5.5 Kulttuurinen tahto

Kulttuurinen tahto kuvaa terveydenhuollon ammattilaisen halua, tahtoa, asennetta ja motivaatiota osallistua elämän mittaiseen prosessiin, jonka päämääränä on kulttuurinen kompetenssi. Kulttuurinen tahto on enemmänkin intohimoa kuin välttämätöntä pakkoa tulla kulttuurisesti tietoiseksi, omata kulttuurista taitoa sekä kulttuurista tietoa ja tulla tutuksi kulttuurisen kohtaamisen prosessin kanssa. Vaikka terveydenhuollon ammattilaisella olisikin kulttuurista tietoa, -taitoa ja -kohtaamista, tulee hänellä olla myös aito halu ja motivaatio työskennellä kulttuurisesti erilaisten asiakkaiden kanssa. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.)

Aitous (genuineness) on kulttuurisen tahdon yksi pääkäsitteistä. Campinha-Bacote on käyttänyt työssään Rogersin (1951) määritelmää, jossa aitous nähdään yksilön kykynä lukea omia sisäisiä kokemuksiaan ja täten sallia omien sisäisten kokemusten laadun tulla esiin ihmissuhteissa. Terveydenhuollon ammattilaisten sanat ja toiminta tulee olla yhteydessä omien sisäisten tunteiden kanssa. Jos terveydenhuollon ammattilaisen sisäiset tunteet ovat negatiivisia, täytyy hänen etsiä apua tunteidensa selvitykseen, jotta hän voi tarjota apua asiakkailleen. (Campinha-Bacote 1999, 2002, 2007.)

Kulttuurinen tahto toimiikin kulttuurisen kompetenssin parantamisen motivaationa ja polttoaineena. Avainasemassa on tahto eikä niinkään pakko. Kulttuurinen tahto sisältää toisesta ihmisestä huolenpidon, välittämisen ja vastuunottamisen. ”Ihmiset eivät välitä siitä kuinka paljon tiedät, ennen kuin tietävät kuinka paljon välität”. (Campinha-Bacote 1999.)

Kulttuurinen tahto perustuu lähimmäisen auttamisen ja tukemisen arvostamiseen. Siihen yhdistyy vahvasti hoitaminen (caring) ja hoitamisen arvojen ymmärtäminen. Hoitamisen taidon hallitseminen on yksi tärkeimmistä terveydenhuollon ammattilaisen ominaisuuksista, jota on vaikea suoraan mitata. Asiakkaan positiiviset arvostuksen tunteet ja kokemukset toimivat kuitenkin yhtenä mittarina. (Campinha-Bacote 1999.) Käytännöllisenä esimerkkinä näistä arvostuksen kokemuksista ovat asiakaspalautteet terveydenhuollon yksiköille. Campinha-Bacoten (1999, 2002 2007) mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tavoitteeksi ei riitä ainoastaan poliittisesti korrekkit vastaukset tai kommentit. Suusta tulevien sanojen tulisi olla samankaltaisia terveydenhuollon ammattilaisen ajatusten kanssa ja heijastaa oikeaa välittämistä eli ”sanoja sydäimestä”. Kulttuurisen tahdon perusteena on terveydenhuollon

työntekijän aito motivaatio sekä omien ennakkoluulojen ”uhraaminen” kulttuurisen kompetenssin prosessissa etenemisen vuoksi (Campinha-Bacote 2007.)

Yhteenvetona kulttuurisen kompetenssin prosessista voidaan todeta, että terveydenhuollon ammattilaisen kulttuurinen osaaminen kasvaa siinä suhteessa, mitä enemmän hän on kehittänyt itseään kaikilla viidellä, toistensa kanssa limittäin olevilla kulttuurisen kompetenssin osa-alueilla. Kulttuurinen tahto toimii prosessin polttoaineena ja on yksi keskeisimmistä terveydenhuollon työntekijää motivoivista voimista kulttuurisen kompetenssin prosessin etenemisessä (Campinha-Bacote 2007). Terveydenhuollon ammattilaisen asenne toisesta kulttuurista tulevaa ihmistä kohtaan todentuu kulttuurisen tahdon osa-alueella ja näkyy kaikilla kulttuurisen kompetenssin osa-alueilla.

2.6 Aikaisempia tutkimuksia

Suomalaisten yleisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan on useasti kuvailtu varauksellisina. Vaikka asenteet ovat muuttuneet positiivisempaan suuntaa vuosikymmenien takaiseen tilanteeseen verrattuna, niin suhtautuminen kulttuuriltaan ja ulkonäöltään suomalaisista selvästi erottuviin ihmisiin on ollut jatkuvasti kielteisempää kuin meitä muistuttaviin ihmisiin (Liebkind, Mannila, Jasinskaja-Lahti, Jaakkola, Kytäjä ja Reuter 2004).

Terveydenhuollossa maahanmuuttajapotilaan hoitoa on kuvailtu vaikeaksi ja haasteelliseksi ja lisäksi kulttuureiden kohtaaminen hoitotyössä aiheuttaa usein väärinkäsityksiä ja konflikteja, joihin asenteilla on vaikutuksensa (Festini, Focardi, Bisogni, Mannini & Neri 2009, Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels & Meeuwesen 2008, Hultsjö & Hjelm 2005, Michaelsen, Krasnik, Nielsen, Norredam & Torres 2004, Narayanasamy & White 2004, Ozolin & Hjelm 2003, Sainola-Rodriguez 2009, Voima 2007). Arkielämässä ristiriidat ja väärinkäsitykset muodostuvat usein kahden tai useamman eri tavalla ajattelevan ihmisen tai ryhmän välille. Suomeen muualta muuttaneen ihmisen ajattelu, arvot, ulkonäkö, käyttäytyminen ja toiminta saattaa sairaanhoitajan näkökulmasta poiketa hänen omastaan. Jos sairaanhoitajalla ja eri kulttuurista tulevalta potilaalla ei ole tietoa, taitoa, tahtoa ja asennetta ymmärtää erilaista ajattelua, olemusta ja käyttäytymistä niin näiden kahden ihmisen välille saattaa syntyä konfliktitilanne.

Italialaistutkimuksessa sairaanhoitajien asenteita ja konfliktitilanteita kartoitettiin monikulttuurisessa hoitotyössä (Festini ym. 2009). Lähes 80 prosenttia vastaajista italialaisessa lastensairaalassa oli kokenut jotain vaikeuksia hoitaessaan maahanmuuttajalapsia ja heidän perheitään. Kielen ymmärtämiseen liittyvät asiat aiheuttivat eniten ongelmia, vaikka kaksi kolmasosaa sairaanhoitajista puhui italian lisäksi jotain muuta kieltä. Lähes puolet hoitajista ilmoitti ongelmallisiksi asioiksi myös ravintoon ja

ruokailutottumuksiin liittyvät asiat sekä henkilökohtaisen hygienian hoitoon liittyvät tekijät. Vain pieni osa vastaajista ilmoitti uskonnon harjoittamiseen liittyvät tekijät ongelmallisiksi. Lähes puolet sairaanhoitajista oli tuntenut joskus olonsa noloksi, vaivaantuneeksi tai kiusaantuneeksi maahanmuuttajapotilaita hoitaessaan. Näistä hoitajista osa oli kokenut epäluottamusta, kunnioituksen puutetta, ylimielistä ja jopa röyhkeää käytöstä maahanmuuttajapotilaiden vanhempien taholta. Osa sairaanhoitajista oli kokenut, että lasten vanhemmilla oli erilaiset käsitykset sairaanhoitajan työstä kuin heillä itsellään. Joskus koettiin myös työn aliarvostuksen tunnetta tai tilanteita, joissa naissairanhoitajaa ei hyväksytty lapsen hoitajaksi sukupuolensa takia. Efektiivinen kommunikaatio oli tutkimuksen mukaan yksi tärkeimmistä osa-alueista kulttuurisesti kompetenttiin hoitotyöhön pyrittäessä. Tutkijoiden mukaan laadukas hoitotyö ei onnistu ilman yhteistä kieltä. Tutkijat korostivat lisäksi transkulttuurisen hoitotyön, kulttuurisen moninaisuuden sekä kulttuurisen kompetenssin opettamisen tärkeyttä niin sairaanhoitajille kuin sairaanhoitajaopiskelijoille.

Kommunikaatioon ja kielen ymmärtämiseen liittyvät väärinkäsitykset aiheuttivat hoitotyössä ristiriitaisia tilanteita ja johtivat usein konflikteihin (Festini ym. 2009, Harmsen ym. 2008, Michaelsen ym. 2004, Narayanasamy & White 2004, Sainola-Rodriguez 2009 ja Voima 2007). Kommunikaation tärkeys ja erilaisen käyttäytymisen ymmärtäminen korostui maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvässä tutkimuksessa (Ozolin ja Hjelm 2003). Tutkimus tehtiin päivystysalueella Ruotsissa ja siinä kartoitettiin sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien hoitoon liittyvistä ongelmallisista tilanteista. Tutkimuksessa keskityttiin ongelmallisten tilanteiden kuvaamiseen päivystysalueella, leikkaussalissa ja sairaalan ulkopuolisessa sairaankuljetuksessa työskentelevien sairaanhoitajien kokemana. Maahanmuuttajien kohtaamista ja hoitamista vaikeuttivat eniten erilainen käyttäytyminen, kielimuuri ja vaikeudet omaisten kanssa. Erilaista käyttäytymistä oli esimerkiksi potilaan tai hänen saattajansa kovaääninen käyttäytyminen, potilaan kieltäytyminen avusta, erilainen tapa reagoida kipuun sekä tunteiden näyttäminen yllättävällä tavalla verrattuna ruotsalaiseen tapaan. Kielimuurin alakäsitteistä esiin nousivat molemminpuoliset ymmärtämisvaikeudet, tulkin käyttöön ja omaisten käyttöön tulkkina liittyvät asiat. Kolmanneksi suurimpana konflikteja aiheuttavana kategoriana nähtiin potilaan omaisten ja terveydenhuollon henkilökunnan kohtaamisessa ilmenevät ongelmat. Ristiriitoja ilmeni omaisten ja henkilökunnan välille esimerkiksi siitä, mikä olisi parasta potilaalle. Myös potilaiden mukana sairaalaympäristössä oleva suuri määrä omaisia nähtiin ongelmalliseksi ja joissain tapauksissa muita potilaita häiritseväksi.

Hultsjön ja Hjelman (2005) mukaan turvapaikkaa hakevien pakolaisten kohtaaminen ja hoitaminen aiheutti erityisen paljon ongelmia ja ristiriitaisia tilanteita. Tutkimuksessa tutkittiin terveydenhoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajista somaattisella ja psykiatrisella päivystysalueella. Tutkimuksessa haastateltiin sairaanhoitajia ja perushoitajia

poliklinikalla, psykiatrisella teho-osastolla sekä ambulanssissa. Hoitohenkilökunta kohtasi eettisesti vaikeita tilanteita esimerkiksi tapauksissa, joissa potilaana oleva turvapaikanhakija oli kertonut asianajajan suosittelevan psykiatrisen diagnoosin hakemista. Diagnoosia saatettiin hakea jopa lääkkeiden yliannostuksen avulla. Päivystyspoliklinikan hoitajat raportoivat maahanmuuttajien taholta kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvaa odottamatonta ja ennalta arvaamatonta käyttäytymistä. Psykiatrisella puolella raportoitiin syömättömyyttä ja juomattomuutta sekä passiivista käyttäytymistä ja ambulanssihenkilökunta kertoi ongelmiksi lähinnä kielivaikeuksista johtuvat ei-kiireelliset kuljetukset päivystyspoliklinikoille.

Pakolaiset koettiin erityisen haasteellisiksi asiakkaisiksi myös Hirstiö-Snellmannin ja Mäkelän (1998) tutkimuksessa. He tutkivat sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijöiden työtä maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa Helsingin seudulla. Tutkimuksessa haastateltiin työntekijöitä ja suurimmiksi ongelmiksi nousivat tiimityön vähäisyys, kulttuurisen tiedon puute ja tuttujen työmenetelmien toimimattomuus maahanmuuttajia kohdatessa. Tutkimuksen mukaan työntekijöiden käsitys asiakkaan ongelmasta oli lähes samanlainen kuin asiakkaiden oma käsitys, mutta palvelujen tavoitteet toteutuivat maahanmuuttajien kohdalla vain osittain. Asiakastyön ongelmia koettiin kaikissa työn vaiheissa enemmän maahanmuuttajien kuin suomalaisten kanssa. Ongelmat koettiin sitä vaikeampina mitä kauempaa suomalaisesta kulttuurista maahanmuuttajat tulivat. Suomalainen yksilökeskeinen ja asiakasta motivoiva työtapo ei tutkimuksen mukaan johtanut tuloksiin. Haastateltavat työntekijät kokivat asemansa epävarmaksi ja eettisen päätöksenteon vaikeaksi. Tämä johtui osaltaan siitä, ettei tapauksista ollut aiempaa kokemusta tai selkeitä toimintaohjeita.

Palvelujen osittainen toteutumattomuus maahanmuuttajien kohdalla saattaa johtua terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurisen osaamisen tasosta. Monimuotoisuutta ja kulttuurisia tekijöitä ei Sainola-Rodriguezin (2009) mukaan huomioitu hoitotilanteissa tarpeeksi hyvin. Hänen tutkimuksessaan kulttuurista osaamista tarkasteltiin transnationaalisen osaamisen näkökulmasta ja aineisto koostui kahdesta haastattelututkimuksesta sekä potilasasiakirjoista tehdystä sisällön analyysistä. Transnationaalinen osaaminen on terveystieteissä vielä uusi käsite. Terveydenhuollon ammattilaisille tutummat käsitteet ovat monikulttuurisuus, transkulttuurisuus ja kulttuurinen kompetenssi. Transnationaalinen lähestymistapa ei syrjäytä kulttuurisen kompetenssin osaamisvaatimuksia vaan lähestyy monimuotoisuutta laajemmin kuin pelkästään kulttuurin kautta. Transnationalisuuden taustalla on globalistuminen ja siinä korostuvat yksilöiden ja ryhmien väliset sosiaaliset suhteet ja ihmisten elämäntilanteiden mukaiset identiteetit. Sainola-Rodriguezin (2009) mukaan kulttuurisia tekijöitä huomioitiin käytännön hoitotilanteissa vähän, kun taas anamnestiset tiedot olivat hyvin kartoitettuja. Potilaan omia odotuksia ei selvitetty tarpeeksi, eikä potilaan äidinkieli ilmennyt asiakirjoista systemaattisesti. Tutkimuksessa kuvailtiin maahanmuuttajien kohtaamisessa tarvittavaa

terveydenhuollon henkilökunnan osaamista. Tutkimuksen kohderyhmänä oli maahanmuuttajia ja terveydenhuollon henkilökuntaa sekä perusterveydenhuollon että psykiatrian alueelta. Tutkimuksen mukaan turvapaikanhakijoilla ilmeni enemmän mielenterveysongelmia kuin muilla maahanmuuttajilla. Terveysdenhuollon henkilöstö myös yliarvioi maahanmuuttajapotilaiden hoitotyytyväisyyttä ja aliarvioi heidän sitoutumistaan lääkehooltoon, eikä tiennyt maahanmuuttajien käyttämistä hoitotavoista suomalaisten hoitotapojen rinnalla. Tutkimuksen mukaan transnationaalinen osaaminen lisäsi terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden yhtenevää näkemystä tietyissä hoitoon liittyvissä asioissa. Tutkimuksen mielenkiintoinen löydös oli, että kuudesta omahoitajalla viidellä, joilla oli korkea transnationaalinen taso, oli toisesta kulttuurista tulevia ystäviä

Maahanmuuttajat olivat Koskimiehen ja Mutikaisen (2008) mukaan tyytyväisiä suomalaisen terveydenhoidon laatuun ja teknologian tasoon. He olivat kuitenkin tyytymättömiä terveydenhuollossa esiintyvään kiireeseen ja toivoivat muutosta henkilökunnan asenteisiin. He toivoivat henkilökunnalta ennakkoluulotonta käytöstä maahanmuuttajia kohtaan sekä parempia vuorovaikutustaitoja. Maahanmuuttajat korostivat kuuntelun ja kunnioituksen merkitystä hoitotyössä ja toivoivat henkilökunnalta empaattista ja huumorintajuista asennetta. Koskimies ja Mutikainen (2008) tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen terveydenhuoltoa ja maahanmuuttajia käsittelevistä kotimaisista yliopiston pro gradu tutkielmista ja ammattikorkeakoulujen opinnäytetöistä vuosilta 2000 - 2007. Näitä tutkimuksia tarkasteltiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmän avulla. Kieli- ja kommunikaatiovaikeudet nousivat esiin kaikissa tutkimuksissa. Maahanmuuttajat kokivat tiedon saamisen monesti puutteelliseksi ja toivoivat parempaa informaatiota sekä tietoa omista oikeuksistaan. Maahanmuuttajat toivoivat enemmän vieraskielisiä potilasohjeita sekä korostivat kaikkien potilaiden tasavertaista kohtelua ihonväristä, etnisyydestä ja kulttuurista riippumatta.

Kommunikaatiovaikeudet ja kulttuuriset eroavaisuudet vaikuttavat maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön kohtaamisen laatuun. Maahanmuuttajien ja sairaanhoitajien kohtaamisen onnistumista kartoitettiin tanskalaisessa Michaelsenin ym. (2004) tutkimuksessa. Noin 40% sairaanhoitajista kertoi viimeksi tapahtuneen maahanmuuttajan kohtaamisen onnistuneen tyydyttävästi kommunikaation osalta. Hieman yli puolet sairaanhoitajista oli tavannut maahanmuuttajia työssään päivittäin tai viikoittain. Tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisten tietoutta, asenteita ja kokemuksia suhteessa maahanmuuttajapotilaisiin. Tutkimuksessa olivat mukana lääkärit, sairaanhoitajat ja avustavat hoitajat. Suurin osa tutkittavista oli saanut maahanmuuttajia koskevan tietouden joko mediasta tai potilaskontaktien avulla. Lääkäreillä ja sairaanhoitajilla oli eniten positiivisia asenteita ja hoitoapulaisilla vastaavasti eniten negatiivisia asenteita maahanmuuttajapotilaita kohtaan. Vastaajista valtaosa yhtyi stereotyyppisiin väittämiin

maahanmuuttajapotilaista. Yli 80% vastaajista koki, että joillakin maahanmuuttajapotilailla tai heidän omaisillaan oli tapana liioitella ja dramatisoida tilaansa sairastuessaan. Stereotyyppisen väittämän ”monet maahanmuuttajat ylireagoivat kipuun” kanssa samaa mieltä oli 53% sairaanhoitajista, 66% lääkäreistä ja 74% hoitoapulaisista. Tuloksien mukaan terveydenhuollon ammattilaiset olivat lisäksi sitä mieltä, että maahanmuuttajapotilaat käyttivät terveydenhuoltopalveluja väärällä tavalla. Maahanmuuttajat koettiin myös Tanskan terveydenhuoltosysteemiä koettelevana taakkana. Jopa 75% lääkäreistä ja noin puolet sairaanhoitajista ja hoitoapulaisista oli kyseisen väittämän kanssa samaa mieltä. Tilastojen mukaan maahanmuuttajapotilaat olivat käyttäneet päivystystä suhteellisesti useammin kuin tanskalaiset ja 74% sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajien tulisi opetella käyttämään päivystystä tanskalaisen mallin mukaan. Kyselylomakkeessa ei kuitenkaan määritelty tanskalaista mallia.

Sairaanhoitajien asenteet liittyvät läheisesti heidän kokemiinsa tunteisiin. Wathenin (2007) mukaan sairaanhoitajat kokivat monenlaisia tunteita maahanmuuttajia kohdatessaan. Tutkimuksessaan hän haastatteli sairaanhoitajia, joilla oli kokemuksia maahanmuuttajien potilasohjauksesta. Tutkimuksen mukaan sairaus- ja terveystietojen erilaisuus, ulkomaalaisten temperamenttisuus, sukupuoliroolien erilaisuus ja tulkkaukseen liittyvät vaikeudet olivat syynä kulttuurien välisen vuorovaikutuksen ongelmiin. Tutkimuksen johtopäätöksissä painotettiin tulkkausjärjestelmän kehittämistä, riittävän ajan varaamista maahanmuuttajan kohtaamiseen sekä sairaanhoitajan kykyä tunnistaa monimuotoisuutta ja erilaisuutta.

Terveydenhuollon palvelun laatuun ja työntekijöiden asenteisiin vaikuttavat myös erilaiset ympäristöön liittyvät tekijät. Esimerkiksi toimintaympäristöllä on todettu olevan vaikutusta siihen, millaisia kokemuksia maahanmuuttajilla on saamastaan palvelusta. Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin maahanmuuttajien kokemaa palvelua eri virastoissa, todettiin maahanmuuttajien saavan parasta palvelua pankeissa, missä palvelun taso ei paljoa vaihdellut maahanmuuttajan alkuperästä riippuen (Jasinska-Lahti, Liebkind, Vesala 2002). Saman tutkimuksen mukaan terveyskeskuksissa palvelu oli kohtalaisen tasalaatuista ja hyvää kaikille maahanmuuttajaryhmille, kun taas poliisi, tulli, rajavartiolaitos, sosiaalitoimisto, ulkomaalaisvirasto ja työvoimatoimisto saivat huonon palautteen niiltä maahanmuuttajaryhmiltä, jotka erottuivat suomalaisista joko ulkonäkönsä tai kulttuurinsa puolesta (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Voiman (2007) mukaan terveydenhuollon henkilöstön asenteet vaihtelevat osastojen ja yksiköiden välillä. Hoitotyöntekijöiden asenteet monikulttuurisuutta kohtaan ovat kielteisempiä lyhyen hoitosuhteen toimintaympäristössä kuin pitkän hoitosuhteen omaavissa toimintaympyröissä.

2.7 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Terveysthuollon ammattilaisten asenteita maahanmuuttajia kohtaan on tutkittu jonkin verran sekä kansainvälisissä että suomalaisissa tutkimuksissa. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan ja heidän kulttuurista kompetenssia on tutkittu erittäin vähän niin maailmalla kuin Suomessa. Yhteenvetona aikaisempiin tutkimuksiin perustuen voidaan todeta, että sairaanhoitajien asenteilla ja käyttäytymisellä on merkittävä vaikutus terveydenhuollon palvelujen laatuun. Kulttuurien erilaisuudesta ja kommunikaatiovaikeuksista johtuvat konfliktit terveydenhuollossa olivat yleisiä. Kielen ymmärtämiseen liittyvät asiat aiheuttivat usein ongelmallisia tilanteita ja sairaanhoitajilla esiintyi ennakkoluuloisia asenteita eri kulttuureista tulevia ihmisiä kohtaan. Terveysthuollon ammattilailla ei aikaisempien tutkimusten mukaan ollut riittävästi kulttuurista osaamista laadukkaaseen hoitotyön toteuttamiseksi eivätkä suomalaiset hoitokäytänteet aina toimineet eri kulttuurista tulevan potilaan kohdalla. Terveysthuollon ammattilaiset eivät systemaattisesti huomioineet asiakkaan hoitotyöhön vaikuttavia kulttuurisia asioita. Maahanmuuttajien taholta suomalainen terveydenhuolto koettiin laadukkaaksi ja erityisesti teknologian tasoon oltiin tyytyväisiä. Maahanmuuttajat toivoivat terveydenhuollon ammattilaisilta parempaa informaatiota potilasta koskevissa terveysongelmissa, asiakkaiden kuuntelua ja kunnioitusta sekä tasavertaista kohtelua ja enemmän huumorintajua.

Tässä työssä sairaanhoitajien asenteita tarkastellaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. Terveysthuollon ammattilaisten korkealla kulttuurisella kompetenssilla pystytään tarjoamaan kulttuurisesti vastuullista palvelua (Campinha-Bacote 2007). Aseenteen kolme komponenttia: tunne, tieto ja käyttäytyminen sisältyvät kulttuuriseen kompetenssiin. Kulttuurinen tahto ja kulttuurinen tietoisuus sisältävät aseenteen tunteen komponentin. Aseenteen tiedollinen komponentti yhdistetään kulttuuriseen tietoon ja taitoon kun taas kulttuuriseen kohtaamiseen sisältyy aseenteen käyttäytymisen komponentti.

Kulttuurinen tahto käsittää sairaanhoitajan tahdon ja motivaation pyrkiä kulttuuriseen kompetenssiin. Kulttuurinen tietoisuus on erilaisuuden ymmärtämistä ja hyväksymistä. Kulttuurinen tieto käsittää vankkojen perustietojen opiskelun ja hallitsemisen eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Kulttuurinen taito on sairaanhoitajan kykyä kerätä tarpeellinen kulttuurinen tieto asiakkaan ongelmista ja myös kykyä suorittaa kulttuuriin perustuva fyysinen arvio asiakkaan tilasta. Kulttuurinen kohtaaminen on prosessi, joka rohkaisee sairaanhoitajaa käyttäytymään niin, että hän osallistuisi kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen niiden asiakkaiden kanssa, jotka omaavat erilaisen kulttuurisen taustan kuin hän itse. Suora vuorovaikutus kulttuuritaustoiltaan erilaisten asiakkaiden kanssa muokkaa ja muuttaa sairaanhoitajan käsityksiä tämän kulttuuriryhmän jäsenistä ja näin ollen torjua mahdollisten negatiivisten asenteiden ja stereotyyppien esiintymistä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on (a) kartoittaa päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan, (b) tutkia, mitata ja vertailla kulttuurisen kompetenssin, kulttuurisen tahdon ja kulttuurien erilaisuudesta johtuvan ongelmallisuuden tasoa ja (c) muodostaa kulttuurisen kompetenssin mittari päivystyspoliklinikoilla maahanmuuttajapotilaita kohtaaville sairaanhoitajille. Tutkimuksen tavoitteena on saada vastaukset seuraaviin tutkimusongelmiin:

TUTKIMUSONGELMAT:

1. Mikä on päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin taso?
2. Millaiset ovat päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta?
 - 2.1 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen tietoisuus?
 - 2.2 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen tieto?
 - 2.3 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen taito?
 - 2.4 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen kohtaaminen?
 - 2.5 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen tahto?
3. Millaisia yhteyksiä on tutkimusongelmien välillä?
4. Onko taustamuuttujien ja tutkimusongelmien välillä riippuvuuksia?

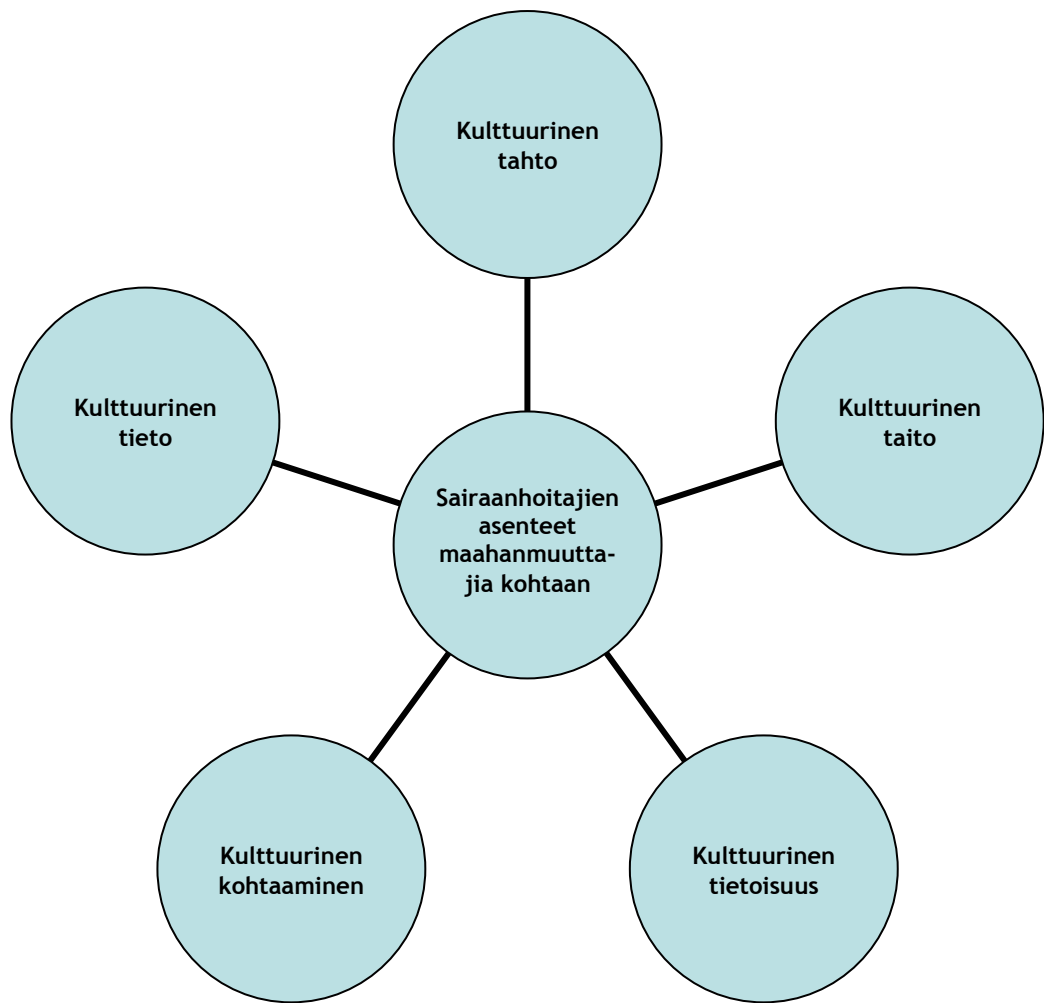
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmetodin osalta päädyttiin kvantitatiiviseen menetelmään. Kvantitatiivisella menetelmällä pystytään hyvin kartoittamaan tämän hetkistä tilannetta ja selittämään muuttujien välisiä suhteita (Vilkkä 2007). Tutkimus on luonteeltaan poikkileikkaustutkimus ja niin sanottu survey-tutkimus, jossa tutkimusasetelma muodostuu yhdestä mittauskerrasta ja jossa suurelta joukolta ihmisiä kerätään vastauksia samoihin kysymyksiin samalla tavalla (Polit & Beck 2006). Tutkimuksella pyritään kartoittamaan päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan ja selittämään asenteisiin yhteydessä olevia ilmiöitä sekä asenteiden yhteyksiä toisiinsa. Metsämuurosen (2003) mukaan kvantitatiivisella menetelmällä saadaan selville ainakin osa totuutta. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella voidaan kartoittaa asioita ja löytää tarkasteltavasta asiasta keskeisiä malleja tai teemoja ja selittää esimerkiksi miten asenteet eroavat tai liittyvät toisiinsa (Vilkkä 2007).

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely sen vuoksi, että kyselylomakkeella voidaan tutkia laajan joukon asenteita, mielipiteitä ja arvoja (Vehkalahti 2008).

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan tarkasteltiin kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. Asteet käsittävät kulttuurisen kompetenssin mukaisesti kulttuurisen taidon, kulttuurisen tahdon, kulttuurisen kohtaamisen, kulttuurisen tiedon ja kulttuurisen tietoisuuden (kuvio 3.) Asenteita pyrittiin selittämään kulttuurisen kompetenssin mittarin (liite 2) ja koko kyselylomakkeen (liite 1) avulla, kulttuurisen kompetenssin osa-alueita tarkastelemalla. Kulttuurisen kompetenssin osa-alueiden avulla selvitettiin sairaanhoitajien negatiivisia kokemuksia maahanmuuttajien kohtaamisesta, sairaanhoitajien stereotyyppisiä asenteita sekä sairaanhoitajan yleisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan. Yleiset asenteet olivat hoitotyön ulkopuolisia asenteita. Kulttuurisen kompetenssin osa-alueita tarkastelemalla selvitettiin lisäksi kulttuurien erilaisuudesta johtuvaa ongelmallisuutta omalla työpaikalla, maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperää ja sairaanhoitajien omaa arviota maahanmuuttajapotilaan kohtaamisen onnistumisesta hoitotyössä. Vilkan (2007) mukaan määrälliselle tutkimukselle on tyypillistä syy-seuraus suhteiden etsiminen ja niiden selittäminen. Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selittää tutkimusmuuttujien välisiä yhteyksiä ja taustamuuttujien yhteyksiä tutkimusmuuttujiin. Tutkimuskysymyksiin vastaavat muuttujat ovat esillä sivulla 35. (taulukko 1).



KUVIO 3. Tutkimusasetelma: sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta.

4.2 Tutkimuksen toteutus ja tutkijan asema

Tutkimus toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminnankehittämishankkeena ja tutkimuksen vastuuhenkilönä toimi HYKS:n medisiinisen tulosityksikön päivystys- ja valvontaklinikan osastoryhmän päällikkö Eila Manninen-Kauppinen. Tutkijaa kysyttiin alustavasti tutkimuksen suorittajaksi syyskuussa 2009.

Tutkija teki vastuuhenkilölle alustavan kirjallisuushaun, jonka jälkeen tutkimuksen vastuuhenkilö esitti tutkimusta HYKS:n toiminnankehittämishankkeeksi vuodelle 2010. Tutkimus hyväksyttiin ja samalla myönnettiin tutkimuslupa. Tutkija ehdotti tutkimuksen yhdistämistä sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (Master of Health Care) lopputyöksi. Ehdotus otettiin vastaan sekä HUS:n että Laurea ammattikorkeakoulun puolelta myönteisesti.

Alustavan kirjallisuushaun jälkeen tutkija teki vielä systemaattisemman kirjallisuushaun, jonka viitetietokannoiksi valittiin kansainväliset Cinahl, Medline ja kotimainen Medic. Kirjallisuushaussa hyödynnettiin lisäksi Nelli - tiedonhakuportaalia ja Ovid tietokantapalvelua, josta päästiin British Nursing Index and Archives hoitotieteen viitetietokantoihin.

Tutkijan kiinnostus maahanmuuttajiin liittyvän tutkimuksen tekoon liittyy tutkijan henkilökohtaisesta kiinnostuksesta monikulttuurisuutta ja maahanmuuttoa kohtaan. Tutkija on ollut kahdesti maahanmuuttajana kahdessa eri maassa. Molemmat maahanmuuttojaksot ovat olleet haastavia ja kokemusrikkaita. Tutkija on työskennellyt päivystysalueella niin sairaanhoitajana, itsenäisenä sairaanhoitajapraktikkona kuin tutkimuksen aikana opetushoitajana Peijaksen ja Jorvin sairaalan päivystysalueella. Tutkijan oma elämäkokemus ja vastuu ihmisten hyvinvoinnista sairaanhoitajana ovat toimineet tutkimusprojektia eteenpäin vievänä voimana.

4.3 Aineiston keruu, tutkimuksen kohderyhmä ja vastausprosentti

Tutkimusaineisto kerättiin verkkokyselylomakkeella. Verkkokyselyn suorittamiseen käytettiin Digium ohjelmaa. Sairaanhoitajille (N=344) lähetettiin sähköpostiviesti ja pyydettiin heitä vastaamaan internet linkin kautta avautuvaan kyselyyn. Sähköposti lähetettiin suurimmalle osalle sairaanhoitajista postituslistojen kautta ja osalle sairaanhoitajista osastonhoitajat välittivät kyselyn eteenpäin. Kyselyyn oli aikaa vastata kaksi viikkoa 19.10 - 1.11.2010 välisenä aikana. Kyselystä laitettiin tämän jälkeen vielä uusi muistutus ja vastausaikaa pidennettiin viikolla 8.11.2010 asti.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat HUS:n 344 sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät Hyvinkään sairaalan, Jorvin sairaalan, Lohjan sairaalan, Länsi-Uudenmaan sairaalan, Meilahden sairaalan, Peijaksen sairaalan, Porvoon sairaalan ja Töölön tapaturma - aseman päivystyspoliklinikoilla. Kaikilla päivystyspoliklinikoilla hoidettiin aikuisia erikoissairaanhoidon potilaita ja osa päivystyspoliklinikoista toimi yhteispäivystyksenä. Lapsipotilaita oli lisäksi joissain toimipisteissä. Osassa päivystyspisteissä yleislääketieteellinen päivystystoiminta oli vain yöaikaista, kun taas toisissa päivystyspisteissä toimintaa oli myös päiväsaikaan.

Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 95 kappaletta, joista kaksi oli tyhjiä. Kyselyyn vastanneilta sairaanhoitajilta saatiin tutkimukseen käytettävä aineisto. Verkkokyselyä ei rakennettu tunnistamaan vastaajan alkuperää, koska luotettiin vastaajien kykyyn vastata rehellisesti toimipaikkoja ja henkilötietoja kartoittaviin kysymyksiin. Tavoitteena oli saada vastaus joka neljänneltä päivystyspoliklinikan sairaanhoitajalta. Tutkimuksen vastausprosentti oli 27 %. Lähes 38 % kaikista vastauksista saatiin Helsingin sairaaloista eli Meilahdesta ja Töölön tapaturma asemalta ja vastaavasti 37 % vastauksista tuli Vantaan ja Espoon alueelta eli Peijaksen ja Jorvin sairaaloista. Muut Uudellamaalla sijaitsevat sairaalat (Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa ja Porvoo) tuottivat noin 26 % vastauksista. Vastausprosentti Helsingin alueen sairaaloissa oli lähes 32 %, Vantaalla ja Espoossa 31 % ja muualla Uudellamaalla 21 %.

4.4 Kyselylomake

Vehkalahden (2008) mukaan valmiisiin mittareihin on syytä suhtautua varauksella, sillä ne eivät aina toimi toisessa yhteydessä. Tämän tutkimuksen mittarin laadinnassa hyödynnettiin aikaisempia kansainvälisiä tutkimuksia (Festini ym. 2009, Hultsjö & Hjelm 2005, Michaelsen ym. 2004, Ozolin & Hjelm 2003) ja Campinha-Bacoten (1999, 2002, 2007) kulttuurisen kompetenssin mallia. Tutkimus toteutettiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä verkkokyselylomakkeella. Kyselylomake siirrettiin internet ympäristöön ja kysely suoritettiin suomalaisen Digium ohjelmiston avulla. Digium ohjelmiston käyttöön perehdytti HUS:n medisiinisen tulosityksikön kehittämispäällikkö Juho Mattila. Verkkokyselyohjelmisto toimi moitteettomasti ja sillä oli mahdollisuus saavuttaa kaikki tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat HUS:n sähköpostin omaavat sairaanhoitajat. Verkkokysely Digium ohjelmiston avulla mahdollisti nopean reaaliaikaisen tulosten seuraamisen ja tiedonkeruun. Kyselylomakkeen paperiversio saatekirjeineen löytyy liitteestä 1.

Kyselylomakkeen muuttujien ja tutkimusongelmien yhteyttä on havainnollistettu taulukossa 1. Kyselylomake rakentui kysymyksistä ja väittämistä, joita oli yhteensä 56. Kysymys 6 ja 8 sisälsivät lisäkysymyksen, jos vastaaja vastasi kyllä. Kyselylomakkeen kysymykset 1-10 ja 35 luokiteltiin taustakysymyksiksi. Taustakysymyksissä kysyttiin vastaajan ikää, sukupuolta, työkokemusta, kielitaitoa, työyksikköä, koulutusta ja ulkomailla asumista. Lisäksi kysyttiin vastaajan ja maahanmuuttajapotilaiden keskimääräistä kohtaamisen yleisyyttä päivystyspoliklinikalla (viimeisen vuoden aikana). Taustatiedoissa kartoitettiin lisäksi vastaajan ystävyyttä eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tuleviin ihmisiin ja kysyttiin virallisen kielitulkin käyttöä nykyisessä työpaikassa.

TAULUKKO 1. Tutkimusongelmiin vastaavat muuttujat kyselylomakkeessa.

Tutkimusongelma	Muuttujat
1. Mikä on päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin taso?	Päivystyspoliklinikka sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin taso (summa: 11-13, 16-20, 22, 24, 26-30 ja käännetyt väittämät: 14, 21, 23).
2. Millaiset ovat päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin osa-alueiden näkökulmasta?	Negatiiviset kokemukset, ongelmallisuus omalla työpaikalla, stereotyyppiset asenteet, oma arvio maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta ja yleisten asenteiden summa.
2.1 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen tietoisuus?	(Kulttuurisen kompetenssin summa: 16 ja 18), (etnosentrismien ja kulttuurisen imposition välttäminen: 34 ja 45).
2.2 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen tieto?	(Kulttuurisen kompetenssin summa: 13,26,27,28,29), (stereotyyppiset asenteet: 31 ja 32).
2.3 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen taito?	(Kulttuurisen kompetenssin summa: 17,22,24), (maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperä enimmäkseen peräisin: 55).
2.4 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen kohtaaminen?	(Kulttuurisen kompetenssin summa: 19, 20, 21 käännetty, 30), (negatiiviset kokemukset: 36 - 41), (ongelmallisuus omalla työpaikalla: 46 - 54), (oma arvio kohtaamisesta: 56), 33
2.5 Millainen on sairaanhoitajien kulttuurinen tahto?	(Kulttuurisen kompetenssin summa: 11, 12, 14 käännetty, 23 käännetty), (yleisten asenteiden summa: 42 ja 43), 15, 19, 25, 44
3. Millaisia yhteyksiä on tutkimusongelmien välillä?	Kulttuurisen kompetenssin taso, kulttuurinen tahto, ongelmallisuus omalla työpaikalla, negatiiviset kokemukset, oma arvio maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta.
4. Onko taustamuuttujien ja tutkimusongelmien välillä yhteyksiä?	Ikä, ulkomailla asuminen, työpaikka, ystävyssuhteet, tulkin käyttö, työkokemus ja lisäkoulutus suhteessa tutkimusongelmiin. Taustamuuttujat 1-10 ja 35.

Sairaanhoitajien asenteita ja kulttuurista osaamista mitattiin 18 väittämällä, jotka summamuuttujana mittasivat kulttuurisen kompetenssin tasoa Campinha-Bacoten (1999, 2002, 2007) kulttuurisen kompetenssin mallin viittä osa-aluetta hyväksi käyttäen. Sairaanhoitajien asenteiden mittaaminen maahanmuuttajia kohtaan tapahtui kulttuurisen kompetenssin osa-alueita tarkastelemalla joko yksittäisten väittämien avulla tai summamuuttujien avulla. Sairaanhoitajien asenteita mittaavat väittämät ja kysymykset sisältyivät aina johonkin kulttuurisen kompetenssin osa-alueeseen. Asenteita käsittelevät kysymykset sisälsivät esimerkiksi erilaisuutta ja erilaisuuden kohtaamista käsitteleviä väittämiä. Väittämät käsitelivät etnosentrismää, stereotypioita, kulttuurista impositiota, eriarvoisuuden tunnistamista, kulttuuriseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita ja kulttuurisen ”sensitiivisyyden” tai ”herkkyyden” omaamista. Hoitotyön ulkopuolisia yleisiä asenteita mitattiin yleisten asenteiden summamuuttujalla. Summamuuttuja mittasi vastaajan asennetta maahanmuuttoa kohtaan ja syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta kohtaan.

Väittämissä 11-30 mitattiin vastaajan kulttuurisen kompetenssin tasoa Campinha-Bacoten (1999, 2002, 2007) mallia soveltaen. Väittämiä kommentoitiin neliportaisen Likert-asteikon avulla, jossa vaihtoehtoina olivat: täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kulttuurisen kompetenssin mittarin pisteytystä tarkastellaan sitä käsittelevässä osiossa tarkemmin (kts. 4.5). Väittämissä 31 ja 32 esitettiin edelleen neliportaisen Likert - asteikon avulla stereotyyppisiä väittämiä, jollaisia kartoitettiin myös Michaelsen ym. (2004) tutkimuksessa. Näiden väittämien avulla selvitettiin vastaajan stereotyyppistä ajattelutapaa. Väittämät 33 ja 34 kartoittivat sairaanhoitajien yleisiä asenteita maahanmuuttajiin liittyen.

Väittämissä 36-41 selvitettiin vastaajien kulttuurisiin konflikteihin liittyviä negatiivisia kokemuksia. Väittämät kartoittivat sairaanhoitajan kulttuurista kohtaamista. Väittämät selvittivät oliko sairaanhoitajilla ollut huonoja kokemuksia maahanmuuttajien ja heidän omaistensa kohtaamisesta. Väittämät muodostettiin aikaisemmista tutkimuksista (Festini ym. 2009, Hultsjö & Hjelm 2005, Michaelsen ym. 2004, Ozolin & Hjelm 2003), joissa kartoitettiin sairaanhoitajien asenteita, kokemuksia ja ongelmia maahanmuuttajapotilaiden kohtaamisesta. Vastaus väittämiin tapahtui valitsemalla joko kyllä tai ei vaihtoehdon.

Väittämät 42 ja 43 kartoittivat sairaanhoitajan kulttuurista tahtoa. Väittämissä kartoitettiin sairaanhoitajan yleisiä asenteita yhteiskunnassa ilmenevää monikulttuurisuutta ja eriarvoisuutta kohtaan. Väittämistä muodostettua summamuuttujaa kutsuttiin yleisten asenteiden summamuuttujaksi, koska asenteet kohdistuivat hoitotyön ulkopuolelle. Väittämä 42 mittasi sairaanhoitajan yleistä asennetta lisääntyvää monikulttuurisuutta kohtaan ja väittämä 43 selvitti sairaanhoitajan kykyä havainnoida ja tunnistaa eriarvoisuus suomalaisessa yhteiskunnassa. Väittämä 43 tarkasteli lisäksi sairaanhoitajan asennetta sosiaalisen

oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Väittämät 44 ja 45 mittasivat sairaanhoitajan asenteita kulttuurisen tahdon ja -tietoisuuden näkökulmasta. Väittämä 44 selvitti vastaajan asennetta hoitotyössä tarvittavaa kielen osaamista kohtaan ja väittämässä 45 kysyttiin vastaajien mielipidettä suomalaisen päivystyspoliklinikan hoitokäytännön sopivuudesta vieraasta kulttuurista tulevalle. Väittämässä 45 ei määritelty suomalaisen päivystyspoliklinikan hoitokäytäntöä, vaan vastaaja joutui tukeutumaan omaan käsitykseensä kyseiseen väittämään vastatessa. Väittämä 45 kartoitti samalla sairaanhoitajan etnosentrismistä ajattelutapaa. Kummatkin väittämät (44 ja 45) heijastivat sekä sairaanhoitajan omaa kulttuuria ja asennetta, että organisaatiolle ominaista ja tärkeää toimintatapaa sekä kulttuuria. Väittämissä 42-45 vastaaja käytti liukupalkki - asteikkoa mielipiteensä ilmaisuun. Liukupalkki siirrettiin omaa mielipidettä vastaavalle paikalle. Liukupalkin vasemmassa laidassa oli täysin eri mieltä teksti ja oikeassa laidassa täysin samaa mieltä oleva teksti. Liukupalkki oli jaoteltu nollasta sataan (0-100) vasemmalta oikealle, mutta vastaajalle jaottelu ei ollut näkyvissä kuin visuaalisen palkin avulla. Oletusarvo liukupalkilla oli 50.

Kysymykset 46-54 kartoittivat sairaanhoitajien kulttuurista kohtaamista. Väittämät selvittivät vastaajien mielipidettä kulttuurien erilaisuudesta johtuvan ongelmallisuuden esiintymisestä omalla työpaikalla. Ongelmat näissä väittämissä liittyivät maahanmuuttajien kohtaamiseen, joita ovat esimerkiksi kieliongelmat tai tulkkaukseen liittyvät ongelmat. Ongelmallisuutta mittaavassa osiossa väittämät perustuivat aikaisempiin kansainvälisiin tutkimuksiin (Festini ym. 2009, Hultsjö & Hjelm 2005, Michaelsen ym. 2004, Ozolin & Hjelm 2003). Vastaaja ilmoitti mielipiteensä kohdentamalla palkin omaa mielipidettä osoittamaansa paikkaan. Liukupalkin vasemmassa laidassa oli teksti ”ei ongelmaa” ja oikeassa laidassa ”suuri ongelma”. Portaikko liukupalkissa oli nollasta sataan (0-100) vasemmalta oikealle ja oletusarvo oli asetettu 50 kohdalle.

Kyselylomakkeen kahdella viimeisellä kysymyksellä kartoitettiin vastaajan maahanmuuttajiin liittyvän tiedon alkuperää (kys.55.) ja omaa arviota taidoista kohdata maahanmuuttaja hoitotyössä (kys.56.). Kysymyksessä 55 kysyttiin: Mistä ovat tietosi maahanmuuttajista enimmäkseen peräisin? Vastausvaihtoehtoina olivat kahdeksan etukäteen määriteltyä vaihtoehtoa ja jokin muu vaihtoehto, johon vastaaja sai halutessaan kirjoittaa oman tiedonlähteen. Vaihtoehdot ilmestyivät sähköisessä kyselylomakkeessa jokaiselle vastaajalle satunnaisessa järjestyksessä ja vastaaja sai valita enintään kolme vaihtoehtoa. Kysymyksessä 56 kysyttiin vastaajan omaa arviota siitä, kuinka hyvin hän onnistuu kohtaamaan maahanmuuttajan hoitotyössä. Kysymykseen vastattiin Osgood tyyppistä liukupalkkia käyttäen. Osgood tyyppisen asteikon ääripäihin sijoittuvat vastakkaiset adjektiivit ja asteikon arvot esitetään yleensä 5 tai 7 portaisina (Vilkkä 2007). Kysymyksessä 56 liukupalkin vasemmassa laidassa oli teksti ”Erittäin huonosti” ja oikeassa laidassa ”Erittäin hyvin”. Pisteytys vasemmalta oikealle oli asetettu nollasta sataan (0-100) ja oletusarvona oli 0.

Laadukkaan ja luotettavan määrällisen tutkimuksen perusteisiin kuuluu aina kyselylomakkeen testaus perusjoukkoon tai vastaavaan kuuluvilla henkilöillä (Vilkkä 2007). Tässä tutkimuksessa kysely testattiin yhdeksällä (9) HUS:n päivystysalueella työskentelevällä sairaanhoitajalla. Sairaanhoitajat eivät työskennelleet päivystyspoliklinikalla. Kyselylomakkeen testauksessa kiinnitettiin erityistä huomioita internet kyselyn toimivuuteen, vastausaikoihin ja sairaanhoitajilta saatuihin palautteisiin. Kyselyä lyhennettiin yhteensä yhdeksällä kysymyksellä testauksen jälkeen. Testauksen jälkeen viisiportainen Likert - asteikko muutettiin neliportaiseksi niin, että keskimäinen neutraali vaihtoehto poistettiin.

4.5 Kulttuurisen kompetenssin mittari

Päivystyspoliklinikka sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin tasoa mitattiin tähän työhön kehitetyllä mittarilla, joka kehitettiin päivystyspoliklinikalla maahanmuuttajapotilaita kohtaaville sairaanhoitajille (liite 2). Mittari perustuu terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille suunnattuihin kulttuurisen kompetenssin mittareihin ja kulttuurisen kompetenssin malliin (Campinha-Bacote 2007). Mittari muokattiin päivystyspoliklinikan sairaanhoitajia varten ja sen kehittämisessä huomioitiin paikallinen kulttuuri ja toimintaympäristö.

Tutkimuksen kyselylomakkeessa olevat väittämät 11 - 30 mittasivat vastaajien kulttuurisen kompetenssin tasoa. Näistä kahdestakymmenestä väittämästä kulttuurisen kompetenssin mittariin valittiin kahdeksantoista väittämää (taulukko 2). Ennen lopullista analysointia, väittämät 15 ja 25 poistettiin epäselvyytensä vuoksi kulttuurisen kompetenssin summamuuttujasta. Cronbachin alpha mittarille oli 0,714.

Tämän tutkimuksen mittarissa vastaaja käytti neliportaista asteikkoa. Väittämiä 11 - 27 kommentoitiin: 1. täysin eri mieltä, 2. joihinkin eri mieltä, 3. joihinkin samaa mieltä ja 4. täysin samaa mieltä, vaihtoehdoilla. Väittämissä 28 - 29 kartoitettiin sairaanhoitajan tietoutta etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä ja vastausvaihtoehtoina olivat: 1. paljon, 2. jonkin verran, 3. vähän ja 4. ei ollenkaan. Väittämä 30 selvitti sairaanhoitajan vapaa-ajan toimintaan liittyvää eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kohtaamista ja vastausvaihtoehtoina olivat: 1. paljon, 2. jonkin verran, 3. vähän, 4. en ollenkaan. Kyselylomakkeen väittämässä (väittämä 30) oli virheellisesti ”tai” sanan kohdalla ”ja” sana. Väittämän tarkoituksena oli kysyä vastaajan vapaa-ajan toiminnan yleisyyttä eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kanssa. Virhe korjattiin lopulliseen kulttuurisen kompetenssin mittariin (liite 2). Käännettyjä väittämiä summamuuttujassa olivat 14, 21 ja 23. Kulttuurinen kompetenssi laskettiin vastaajan yhteenlaskettujen pisteiden

mukaan niin, että korkeammalla pistemäärällä saavutti paremman kulttuurisen kompetenssin. Kaikki väittämät pisteytettiin yhdestä neljään (1 - 4).

TAULUKKO 2. Kyselylomakkeen kulttuurisen kompetenssin mittarin väittämät ja niihin liittyvät mitattavat käsitteet.

Kulttuurinen tahto	Kulttuurinen kohtaaminen	Kulttuurinen tietoisuus	Kulttuurinen tieto	Kulttuurinen taito
Väittämät: 11, 12, 14 ja 23	Väittämät: 19, 20, 21 ja 30	Väittämät: 16 ja 18	Väittämät: 13, 26, 27, 28 ja 29	Väittämät: 17, 22 ja 24
11,12 ja 14 = Sairaanhoidajan halu ja motivaatio oppia vieraista kulttuureista ja ymmärtää erilaisuutta.	19 = Kielitulkin käyttö. 20 = Kulttuuriseen kohtaamiseen valmistautuminen oma-aloitteisesti.	16 = Omien asenteiden suhteuttaminen potilaan erilaisuuteen nähden. Erilaisuuden ymmärtäminen.	13 ja 26 = Hoidon vaikutus etnisen farmakologian näkökulmasta.	17 = Potilaan tarpeiden arvioinnin taito vaatii ”herkkyyttä”. 22 = Kulttuuristen asioiden huomioiminen kaikilla potilailla.
23 = Oman kulttuurin liiallinen painottaminen. Oman ryhmän jäsenien ja heidän tapojen ja käytäntöjen pitämistä parempina kuin muiden ryhmien.	21 = Vaikeus kohdata erilaiset asenteet omaava henkilö. 30 = Kuinka paljon kohtaamista vapaa-ajalla.	18 = Omien ennakoasenteiden tunnistaminen. Oman kulttuurisen taustan ymmärtäminen.	27 Tautien vallitsevuus etnisten ryhmien keskuudessa. 28 ja 29 Tieto terveys- ja sairauskäsitteistä sekä fyysisistä ja biologisista eroista.	24 = Kulttuurin ja terveyden yhteyden ymmärtäminen toimii kulttuurisen taidon perusteena. Ymmärtäminen auttaa kulttuuriin perustuvan arvion tekemisessä.

Väittämät pisteytettiin kysymyksissä 11 - 13, 15 - 20, 22 ja 24 - 27 yhdestä neljään pisteeseen (1-4). Neljä (4) pistettä sai täysin samaa mieltä vastauksesta, kolme (3) pistettä jokseenkin samaa mieltä vastauksesta ja kaksi (2) pistettä jokseenkin eri mieltä vastauksesta. Yhden (1) pisteen sai täysin eri mieltä olevasta vastauksesta. Käännetyissä väittämissä (14, 21 ja 23) pisteytys oli päinvastainen. Kysymyksissä 28 - 30 pisteytys oli samantyyppinen kuin edellä, joten neljä (4) pistettä sai vastaamalla väittämään paljon, kolme (3) pistettä jonkin verran ja kaksi (2) pistettä vastaamalla vähän. Ei ollenkaan / en ollenkaan vastaus antoi vastaajalle yhden (1) pisteen.

Mittari kehitettiin päivystyspoliklinikalla maahanmuuttajapotilaita kohtaaville sairaanhoitajille. Mittarin käyttö muilla maahanmuuttajia vastaanottavilla osastoilla on mahdollista. Muilla osastoilla käytettäessä mittarin väittämään (12) tulee päivystyspoliklinikan sijaan laittaa oman osaston nimi. Mittarin avulla sairaanhoitajat voivat kartoittaa kulttuurisen kompetenssin tasoaan ja tuloksiin perustuen suunnitella omaa oppimisen tarvettaan. Mittaria voidaan käyttää osastotasolla tai verratessa eri osastojen sairaanhoitajien kulttuurista kompetenssia toisiinsa. Mittaria on mahdollista käyttää lisäksi kulttuurisen koulutuksen vaikuttavuuden arviointiin siten, että sairaanhoitajien kulttuurista kompetenssia mitataan ennen ja jälkeen koulutuksen. Vastaajan kulttuurisen kompetenssin taso saadaan laskemalla vastaajan väittämistä saadut pisteet yhteen. Yhteispisteisiin perustuva tulos voidaan tulkita joko neliportaisena sanallisena versiona tai kouluarvosanoina neljästä kymmeneen.

4.6 Asenteiden operationalisoinnit

Kyselylomake rakennettiin niin, että sillä voitiin selvittää sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. Metsämuurosen (2003) mukaan tutkittavat käsitteet tulee muuttaa mitattavaan muotoon eli operationalisoida ennen kuin niitä voidaan alkaa mittaamaan. Operationalisoinnissa käsitteille annetaan jokin mitattavissa oleva määritelmä (Metsämuuronen 2003). Asenteiden mittaamisen edellytyksenä oli, että asenteet muutettiin mitattavaan muotoon.

Tämän tutkimuksen operationalisointia on selvitetty seuraavassa ja havainnollistettu kaaviokuvilla liitteessä 3. Asenteiden operationalisointi aloitettiin asenteiden kolmen komponentin sisällyttämisestä kulttuurisen kompetenssin osa-alueisiin. Käsitekartan tasolla 1, havainnollistetaan mitä tarkoittavat sairaanhoitajan asenteet kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta (Liite 3). Ensimmäisellä käsitekartan tasolla tarkastellaan, mitkä asenteen eri komponentit sisältyvät mihinkin kulttuurisen kompetenssin osa-alueeseen. Asenteen ”tunteen” komponentti yhdistetään kulttuuriseen tahtoon ja kulttuuriseen tietoisuuteen.

Asenteen ”tiedon” komponentti liitetään kulttuuriseen tietoon ja kulttuuriseen taitoon. Asenteen ”käyttäytymisen” komponentti sisältyy kulttuurisen kohtaamisen osa-alueeseen. Käsitekartan 1 alimmaisissa laatikoissa on esimerkkejä tässä tutkimuksessa mitattavista ilmiöistä, jotka voidaan puolestaan yhdistää edellä mainittuihin kulttuurisen kompetenssin osa-alueisiin.

Käsitekartan tasolla 2, tarkastellaan kulttuurisen kompetenssin osa-alueita ja selvitetään lyhyesti, mitä mikäkin osa-alue tarkoittaa (liite 3). Käsitekartan tasolla 3 käsitellään kulttuurisen kompetenssin osa-alueita, niihin liittyviä käsitteitä ja käsitteitä mittaavia väittämiä ja kysymyksiä (liite 3). Tällä käsitekartan tasolla selvitetään, mitä kulttuurisen kompetenssin osa-alueet teoreettisesti käsittävät. Lisäksi selvitetään, mitkä teemat kuuluvat mihinkin kulttuurisen kompetenssin osa-alueeseen ja mitä mittarin väittämät tai kysymykset mittaavat. Kulttuurisen kompetenssin prosessi on kokonaisuus ja siksi kulttuurisen kompetenssin osa-alueet liittyvät limittäin toisiinsa ja esiintyvät kyselylomakkeessa ajoittain jopa päällekkäisinä käsitteinä esimerkiksi niin, että kulttuurista tahtoa mittaava väite, olisi joissain tapauksissa voinut mitata myös kulttuurista taitoa. Kulttuurisen kompetenssin osa-alueiden operationalisointia on selvennetty seuraavissa kulttuurista tahtoa, kulttuurista tietoutta, kulttuurista tietoa, kulttuurista taitoa ja kulttuurista kohtaamista käsittelevissä kappaleissa.

Kulttuurinen tahto toimii koko kulttuurisen kompetenssin polttoaineena. Kulttuurinen tahto on halua työskennellä eri kulttuurista tulevien ihmisten kanssa (väittämät 42, 43 ja 44), hoitamisen ja auttamisen arvostamista (väittämä 25) ja potilaan kunnioitusta (väittämä 15). Kulttuurinen tahto käsittää sairaanhoitajan motivaation oppia vieraista kulttuureista ja ymmärtää erilaisuutta (väittämät 11, 12 ja 14). Kulttuurinen tahto käsittää edellisten lisäksi vielä omakulttuurikeskeisyyden välttämisen (väittämät 23, 34 ja 45). Oman kulttuurin painottaminen ja muita parempana pitäminen ilmenee yleisesti etnosentrisminä ja kulttuurisena impositiona. Kulttuurisesti kompetentti sairaanhoitaja ei näe omaa kulttuuriaan muita parempana eikä hän painota omaa kulttuuriaan liiallisesti.

Kulttuurinen tietoisuus käsittää ammatillisten uskomusten, arvojen ja käyttäytymisen painottamisen välttämisen (väittämät 34 ja 45). Kulttuurinen tietoisuus sisältää lisäksi omien ennakkoluulojen tunnistamisen (väittämä 18) ja erilaisuuden ymmärtämisen niin, että omat asenteet suhteutetaan potilaan erilaisuuteen nähden (väittämä 16).

Kulttuurinen tieto käsittää perustietojen hallitsemisen ja opiskelun eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Kulttuuristen perustietojen ymmärtäminen vaatii sairaanhoitajalta asiakkaan maailmankuvan ymmärtämistä. Erilaisten maailmankuvien ymmärtäminen auttaa sairaanhoitajaa käsittelemään kulttuurisia konflikteja aiheuttavia tilanteita ja ymmärtämään

kulttuurin vaihteluista johtuvia ongelmia (väittämät 31-34, 36-41 ja 46-54). Kulttuurinen tieto sisältää sairaanhoitajan tiedon erilaisista terveys- ja sairauskäsitteistä (väittämät 28 ja 29) sekä tietoa etnisillä ryhmillä ilmenevien tautien vallitsevuudesta ja esiintyvyydestä (väittämä 27). Kulttuurinen tieto sisältää edellisten lisäksi vielä hoidon vaikutukseen liittyvät asiat, kuten etninen farmakologia ja genetiikka (väittämät 13 ja 26).

Kulttuurinen taito on sairaanhoitajan taitoa kerätä kulttuurista tietoa asiakkaalta. Kulttuurisen tiedon kerääminen vaatii ”herkkyyttä” (väittämä 17), puolueetonta ja tuomitsematonta asennetta riippumatta siitä mitä kuullaan. Saadun tiedon alkuperä saattaa vaikuttaa sairaanhoitajan asenteisiin (kysymys 55). Kulttuurista taitoa osoittaa myös se, että kulttuuriset tarpeet huomioidaan kaikilla asiakkailla, eikä vaan niillä jotka ”näyttävät sitä tarvitsevan” (väittämä 22). Kulttuurinen taito on lisäksi vielä sairaanhoitajan kykyä kerätä tarpeellinen tieto asiakkaan ongelmista ja kykyä suorittaa kulttuuriin perustuva fyysinen arvio potilaan tilasta. Potilaan kulttuurin mukainen ensiarvio (väittämä 34) ja potilaan tarpeiden selvittäminen sekä niihin vastaaminen (väittämä 45) on tärkeä osa kulttuurisen taidon prosessia.

Kulttuurista kohtaamista tapahtuu sairaanhoitajien, muiden työntekijöiden ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa jatkuvasti. Eri kulttuurista tulevan ihmisen kohtaaminen saattaa joskus olla vaikeaa (väittämä 21). Kohtaamisen onnistuminen (kysymys 56) riippuu monista tekijöistä. Sairaanhoitajien maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperä vaikuttaa hänen käsityksiinsä tämän ryhmän edustajista (kysymys 55). Suora vaikutus eri kulttuurista tulevan ihmisen kanssa muokkaa sairaanhoitajan käsityksiä ja torjuu yleistysten esiintymistä. Eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kohtaamista tapahtuu monesti niin työpaikalla kuin vapaa-ajalla (kysymykset 8, 9 ja väittämä 30) ja joskus kohtaaminen johtaa myös ystävyssuhteisiin (väittämä 10). Kulttuurisen kohtaamisen prosessin yhtenä tavoitteena on sanallisen ja sanattoman viestinnän vastaanottaminen ja lähettäminen kulttuurin mukaisesti. Kielitulkien käyttö on osa viestintää (väittämä 35). Kulttuurinen kohtaaminen vaatii usein myös sairaanhoitajan oma-aloitteisuutta kulttuuriin liittyvissä asioissa (väittämä 20). Kulttuuristen asioiden omaksuminen auttaa sairaanhoitajaa hyötymään jokaisesta kulttuurisen kohtaamisen mahdollisuudesta. Lisääntyvä monikulttuurisuus mahdollistaa kasvavan kulttuurien välisen kohtaamisen ja auttaa täten sairaanhoitajaa saavuttamaan nykyistä korkeamman kulttuurisen kompetenssin tason. Kulttuurien kohtaaminen aiheuttaa usein ongelmia, joihin suhtautuminen helpottuu sairaanhoitajan myötätuntoisen suhtautumisen avulla. Sairaanhoitajien kokemukset maahanmuuttajapotilaista ja heidän omaisistaan (väittämät 36-41) ja kulttuurisia konflikteja aiheuttavat asiat (väittämät 46-54) liittyvät läheisesti kulttuurisen kohtaamisen osa-alueeseen ja myötätuntoiseen suhtautumiseen.

4.7 Aineiston analyysi

Kyselyyn vastasi määräaikaan mennessä 95 sairaanhoitajaa. Tutkimusaineisto siirrettiin analysointia varten Digium ohjelmasta SPSS *for Windows* ohjelmaan. Analysoinnissa käytettiin ohjelman versioita 17.0 ja 19.0. Tutkimusaineisto tarkastettiin ja kaksi tyhjää kyselylomaketta poistettiin. Kaikista vastauksista 93 hyväksyttiin tutkimukseen. Aineiston analysointi suoritettiin tutkimuskysymyksittäin. Muuttujia luokiteltiin uudelleen tarpeen mukaan. Muuttujia tarkasteltiin jakauman tunnuslukujen, frekvenssien ja niiden prosenttiosuuksien avulla. Jatkoanalyysiä varten taustamuuttujia luokiteltiin uudelleen. Ikä luokiteltiin sekä neljään että kahteen luokkaan. Kahdessa luokassa sairaanhoitajien ikä oli jaettu alle 36 vuoden ikäisiin ja 36 vuoden ikäisiin ja sitä vanhempiin. Sairaalat, joissa vastaajat työskentelivät, luokiteltiin niin, että Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaaloista muodostettiin muun Uudenmaan sairaaloita kuvaava ryhmä. Töölö ja Meilahti muodostivat Helsingin sairaalat käsittävän ryhmän ja Jorvin ja Peijaksen sairaalat muodostivat Espoon ja Vantaan sairaalat käsittävän ryhmän. Työkokemus sairaanhoitajana luokiteltiin jatkoanalyysiä varten alle ja yli 10 vuoden työkokemuksen omaaviin.

Jatkotarkastelua varten muodostettiin kulttuurista kompetenssia mittaava summamuuttuja, kulttuurista tahtoa mittaava summamuuttuja, negatiivisia kokemuksia mittaava summamuuttuja, yleisiä asenteita mittaava summamuuttuja ja kulttuurien erilaisuudesta johtuvaa ongelmallisuutta mittaava summamuuttuja. Summamuuttujia varten käänteiset väittämät koodattiin uudelleen, jotta summamuuttujien keskiarvoista saatiin keskenään vertailukelpoisia. Summamuuttujia luokiteltiin tarpeen vaatiessa uudelleen, jos tilastollisen testin tekeminen niin vaati. Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alpha - kertoimen avulla. Kulttuurisen kompetenssin summamuuttujasta poistettiin varsinaisen kyselyn jälkeen kaksi muuttujaa, jotka heikensivät kerrointa.

Muuttujien ja summamuuttujien normaalisuutta tarkasteltiin histogrammin avulla sekä vertailemalla skewnessin ja kurtosiksen arvoja niiden standard erroriin. Muuttujien normaalisuutta testattiin myös Kolmogorov-Smirnovin testillä.

Muuttujien välisiä suhteita tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, khiin neliön riippumattomuustestin ja Pearsonin sekä Spearmanin korrelaatiokertoimien avulla. Normaalisti jakautuneiden muuttujien keskiarvojen erojen merkitsevyyttä testattiin T-testin avulla. Ei normaalisti jakautuneen muuttujan ja selittävän kaksiasteisen (esim. sukupuoli) muuttujan välisessä tilastollisessa analyysissä käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä. Mann-Whitneyn U-testissä käytettiin aina kaksiluokkaista jaottelua. Kun verrattiin yhden ryhmittelymuuttujan vaikutusta normaalisti jakautuneeseen jatkuvaan muuttujaan, käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä. Useamman ryhmän keskiarvojen vertailussa, jossa oli kaksi

riippumatonta muuttujaa, käytettiin varianssianalyysiä eli F-testiä tai Kruskal-Wallis testistä, jos muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita.

Tulosten tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin korrelaatiokertoimen ja merkitsevyyttä kuvaavan Sig.-arvon (p-arvon) avulla. Korrelaatiokertoimen tulisi olla yli 0,3 jotta riippuvuudella katsotaan olevan käytännön merkitystä 5 % merkitsevyystasolla. Pieni p-arvo on edellytys riippuvuuden olemassaololle, vaikka pienestä p-arvosta huolimatta riippuvuus voi silti olla lievää. Tässä tutkimuksessa muuttujien välisten yhteyksien ja ryhmien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä kuvattiin p-arvolla. P-arvoja tulkittiin siten, että $p \leq 0,05$ tulos on tilastollisesti merkitsevä 5 % merkitsevyystasolla ja jos $p \leq 0,001$, niin tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä (merkitsevyystaso 0,1 %). Tilastollista merkitsevyyttä voidaan kutsua suuntaa antavaksi, kun $0,05 < p \leq 0,1$. (Heikkilä 2008.) Seuraavassa tämän tutkimuksen taulukoissa käytettyjen merkitsevyyksien arvot ja symbolit.

Testatun eron tai riippuvuuden sanotaan olevan:

Tilastollisesti erittäin merkitsevä 0,1 %:n merkitsevyystasolla, jos $p \leq 0,001$ ***

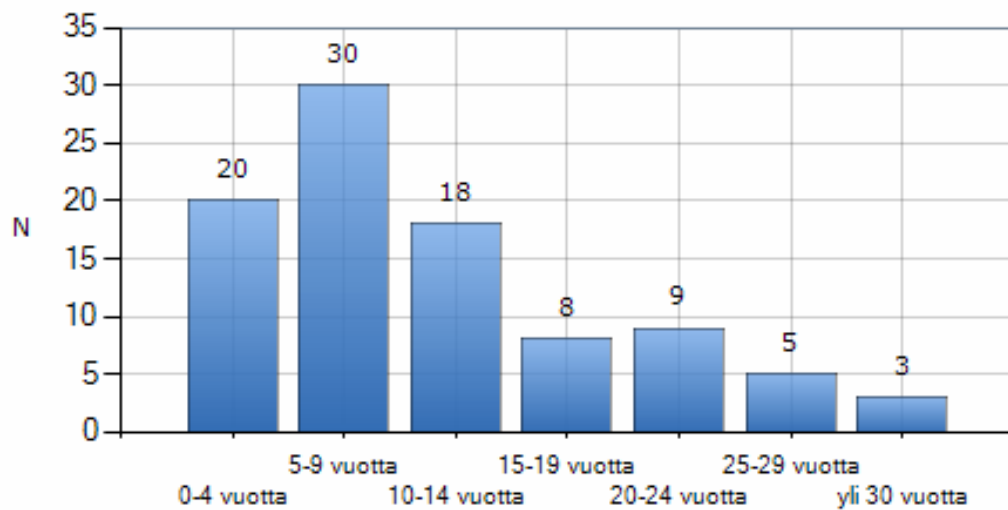
Tilastollisesti merkitsevä 1 %:n merkitsevyystasolla, jos $0,001 < p \leq 0,01$ **

Tilastollisesti merkitsevä 5 %:n merkitsevyystasolla, jos $0,01 < p \leq 0,05$ *

(Heikkilä 2008.)

4.8 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Tutkimukseen osallistuneista ($n = 93$) sairaanhoitajista 14 % oli miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 37 vuotta. Helsingin sairaaloissa tutkimukseen vastanneiden sairaanhoitajien keski-ikä oli 33 vuotta, Espoon ja Vantaan sairaaloissa 39 vuotta ja Muun Uudenmaan sairaaloissa 41 vuotta. Noin puolella (47 %) vastaajista oli sairaanhoitajan tutkinnon lisäksi jokin erikoistumisopinto tai jatkokoulutus (enemmän kuin 20 opintoviikkoa). Suurin osa heistä oli suorittanut ”Hoitotyö päivystyspoliklinikalla” jatkotutkinnon. Yli puolet (54 %) sairaanhoitajista oli toiminut sairaanhoitajana vähemmän kuin kymmenen vuotta. Vastaajista 21 % oli työskennellyt sairaanhoitajana vähemmän kuin viisi vuotta ja lähes 9 % pidempään kuin 25 vuotta (kuviot 4). Melkein joka kolmas (30 %) vastaajista oli asunut ulkomailla. Keskimääräinen ulkomailla asumisen kesto oli kaksi ja puoli vuotta ja puolella sairaanhoitajista ulkomailla asuminen oli kestänyt noin vuoden verran.



KUVIO 4. Vastaajien työkokemus sairaanhoitajana (N = 93).

Lähes puolet (44 %) vastaajista oli kohdannut maahanmuuttajapotilaita päivystyspoliklinikalla keskimäärin 3 kertaa viikossa tai useammin (viimeisen vuoden aikana). Lähes kolme neljästä sairaanhoitajasta (73 %) oli kohdannut maahanmuuttajapotilaita viikoittain. Ero sairaala-alueittain oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Maahanmuuttajia kohdattiin kaikkein useimmin Espoon ja Vantaan sairaaloissa ja seuraavaksi useimmin Helsingin sairaaloissa. Muun Uudenmaan sairaaloissa maahanmuuttajien kohtaaminen oli muita sairaaloita selvästi harvempaa. Puolella (51 %) sairaanhoitajista oli toisesta kulttuurista tai eri etnisestä ryhmästä tulevia ystäviä. 83 % vastaajista oli käyttänyt virallisia kielitulkkipalveluja nykyisessä työpaikassaan. Tutkimukseen osallistuneiden äidinkieli oli joko suomi (92 %) tai ruotsi (8 %). Seitsemän (8 %) sairaanhoitajaa ei puhunut äidinkielen lisäksi mitään muuta kieltä. Äidinkielen lisäksi yhtä kieltä puhui 31 %, kahta kieltä 53 % ja kolmea tai useampaa kieltä puhui 9 % sairaanhoitajista. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien taustatietoja on havainnollistettu taulukossa 3.

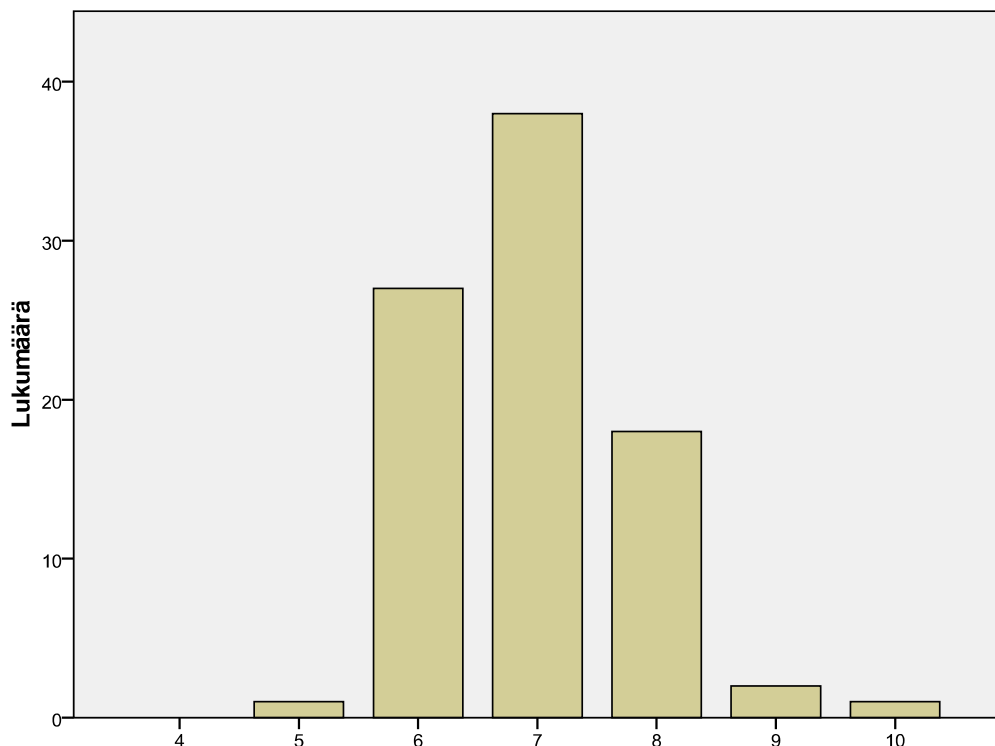
TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja (N = 93).

Taustamuuttuja	n	%
Ikä		
Alle 30 vuotta	21	24
30 - 39	33	37
40 - 49	22	25
Yli 50 vuotta	13	14
Sukupuoli		
Nainen	80	86
Mies	13	14
Työkokemus sairaanhoitajana		
0 - 4 vuotta	20	22
5 - 9 vuotta	30	32
10 - 19 vuotta	26	28
20 vuotta tai enemmän	17	18
Erikoistumisopinto tai lisäkoulutus		
Kyllä	45	48
Ei	48	52
Ulkomailla asuminen		
Kyllä	28	30
Ei	65	70
Maahanmuuttajien kohtaaminen työpaikalla		
3 x viikossa tai useammin	41	44
1 - 2 kertaa viikossa	27	29
1 - 3 kertaa kuukaudessa	16	17
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	9	10
Virallisen kielitulkin käyttö työpaikalla		
Kyllä	76	83
Ei	16	17
Ystävä eri kulttuurista tai etnisestä ryhmästä		
Kyllä	46	51
Ei	45	49

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin taso

Sairaanhoitajien kulttuurista kompetenssia mitattiin summamuuttujalla, joka koostui 18 väittämästä. Muuttujan reliabiliteetti oli 0,714 (Cronbachin alfa = 0,714). Alin mahdollinen pistemäärä oli 18 ja ylin mahdollinen pistemäärä oli 72. Vastaajien (n=87) keskiarvo oli 46,5 ja mediaani 45. Campinha-Bacoten (2007) asteikkoa mukailevassa neliporaisessa asteikossa (kulttuurisesti opetteleva, -valveutunut, -kompetentti, -erityisosaava) vastaajien keskiarvo sijoitti sairaanhoitajat kulttuurisesti valveutuneen ”herkän” tason puoliväliin. Ainoastaan 1 % vastaajista sijoittui opettelevalle tasolle ja 93 % sijoittui kulttuurisesti valveutuneelle tasolle. Kulttuurisesti kompetentin ja erityisosaajan tason saavutti 6 % vastaajista. Kouluarvosanoiksi muutettuina sairaanhoitajien keskiarvo ja mediaani oli 7, jonka sai arvosanakseen 44 % vastaajista. 31 % vastaajista sai arvosanan 6 ja 21 % sai arvosanan 8. Ainoastaan 3 % vastaajista saavutti arvosanan 9 tai 10. Sairaanhoitajien kulttuurinen kompetenssi kouluarvosanoina on esitetty kuviossa 5.



KUVIO 5. HUS:n päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien kulttuurinen kompetenssi kouluarvosanoina (N=87).

Sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin tason arvioinnissa tärkeintä oli kaikkien osa-alueiden yhteispisteet, joten yksittäisten osa-alueiden tasolle ei tulisi asettaa liiallista painoarvoa. Osa-alueiden tarkastelu on kuitenkin suuntaa antava ja siksi sitä on käsitelty seuraavassa. Kulttuurisen kompetenssin osa-alueista kulttuurinen tietoisuus ja kulttuurinen taito olivat osa-alueita, joista vastaajat saivat parhaimmat pisteytykset.

Kulttuurisen kompetenssin mittarissa kulttuurista tietoisuutta mitattiin kahdella (2) väittämällä, jolloin pienin mahdollinen pistemäärä oli 2 ja suurin mahdollinen 8 pistettä. 63 % vastaajista (n=92) saavutti ”kolme neljästä oikein” tason, eli pistemäärän 7 tai 8 ja heistä 4 % sai täydet kahdeksan (8) pistettä. Vastaajien keskiarvo oli 5,9 ja mediaani 6. Kulttuurista tietoisuutta mittasi esimerkiksi väittämä 16. ”Minusta on luontevaa ja helppoa kysyä maahanmuuttajapotilaalta kulttuurin ja etnisyyteen liittyviä kysymyksiä”. Reilusti yli puolet (61 %) vastaajista oli väittämän kanssa samaa mieltä. Samansuuntaisiin tuloksiin päädyttiin Virkin (1999) tutkimuksessa, jossa suomalaisten hoitotyöntekijöiden vahvimmat ammatilliset valmiudet kulttuurin mukaisessa hoitotyössä olivat kulttuurisen tietoisuuden alueella.

Vastaajien kulttuurista taitoa mitattiin kolmella (3) väittämällä, jolloin pienin mahdollinen pistemäärä oli 3 ja suurin mahdollinen 12 pistettä. Vastaajien (n=93) keskiarvo oli 8,5 ja mediaani 9. Vastaajista ”kolme neljästä oikein” tason, eli yhdeksän pistettä tai enemmän saavutti 51 % ja 4 % vastaajista saavutti 11 pistettä. Neljä viidesosaa (80 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kulttuuristen asioiden huomiointi on tärkeää jokaisen potilaan kohdalla ja lähes sama määrä (77 %) vastasi, että kulttuurilla ja terveydellä on yhteys toisiinsa. Maahanmuuttajapotilaiden tarpeiden arviointi haastattelun perusteella ei vastaajien mukaan ollut aivan yksinkertaista, sillä vain hieman yli puolet (58 %) vastaajista osasi arvioida maahanmuuttajapotilaan tarpeet haastattelun perusteella.

Kulttuurisen tahdon osa-aluetta mitattiin neljällä (4) väittämällä. Pienin mahdollinen pistemäärä oli 4 ja suurin mahdollinen oli 16 pistettä. 37 % vastaajista (n=89) saavutti kulttuurisen tahdon osa-alueella ”kolme neljästä oikein” tason, eli 12 pistettä tai enemmän. Vastaajien keskiarvo ja mediaani oli 11, ja vain yksi vastaaja saavutti pistemäärän 15. Kulttuurista tahtoa mitattiin muun muassa väittämällä 11. ”Minulla on halua oppia toisista kulttuureista”. Vain muutama (8 %) vastaaja oli väittämän kanssa eri mieltä ja suurin osa (92 %) oli samaa mieltä. 88 % vastaajista halusi ymmärtää maahanmuuttajapotilaita, mutta 39 % vastaajista piti maahanmuuttajapotilaita kuitenkin ”vaikeina” potilaina ja 80 % oli sitä mieltä, että maahanmuuttajapotilaiden tulisi täysin sopeutua suomalaiseen hoitokäytäntöön päivystyspoliklinikoilla.

Kulttuurisen kohtaamisen osa-aluetta mitattiin neljällä (4) väittämällä, jolloin pienin mahdollinen pistemäärä oli 4 ja suurin mahdollinen oli 16 pistettä. Kulttuurisen kohtaamisen osa-alueella 20 % vastaajista (n=92) saavutti ”kolme neljästä oikein” tason, eli 12 pistettä tai enemmän. Vastaajien keskiarvo oli 9,9 ja mediaani 10. Kaksi vastaajaa (2 %) sai pisteiksi 15 tai 16. Vastaajista vähän alle puolet (45 %) oli mukana vapaa-ajan toiminnassa, jossa kohtasivat eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevia ihmisiä. Vastaajista jonkin verran ja paljon vapaa-ajan toiminnassa oli 19 % ja loput (26 %) olivat mukana kyseisessä toiminnassa vain vähän. Erilaisen näkemyksen omaavan maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen ei vastaajien mielestä ollut erityisen vaikeaa. Vain joka kymmenennen (11 %) vastaajan mielestä erilaisen näkemyksen omaavan maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen oli vaikeaa. Kulttuurista kohtaamista kartoitettiin edellisten lisäksi vielä kielitulkin käyttöä koskevalla väittämällä (väittämä 19) ja oma-aloitteisuutta kartoittavalla väittämällä (väittämä 20). 61 % vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajapotilaan omaisten käyttäminen kielitulkina saattaa heikentää potilaan saamaa hoidon laatua. Oma-aloitteisesti tietoa ja koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa oli etsinyt 40 % vastaajista.

Kulttuurista tietoa mitattiin viidellä väittämällä (5), jolloin pienin mahdollinen pistemäärä oli 5 ja suurin mahdollinen 20 pistettä. Vastaajien (n=93) keskiarvo ja mediaani oli 11. Ainoastaan 3 % vastaajista saavutti ”kolme neljästä oikein” tason, eli 16 pistettä tai enemmän. Yksi vastaajista (1 %) sai täydet 20 pistettä. 44 % vastaajista sai kulttuurisen tiedon osa-alueelta 10 pistettä tai vähemmän. Vastaajat olivat huonoimpia kulttuurisen tiedon osa-alueella. Ainoastaan yhdellä vastaajalla oli mielestään paljon tietoa niin etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä kuin etnisten ryhmien fyysisistä ja biologisista eroista. Yli puolella (62 %) vastaajista oli oman ilmoituksensa mukaan vähän tai ei ollenkaan tietoa etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä. Hieman yli kolmasosa (77 %) vastasi, että heillä oli vähän tai ei ollenkaan tietoa etnisten ryhmien fyysisistä ja biologisista eroista. Yli puolet (62 %) vastaajista tiesi, että monilla etnisillä ryhmillä on heille ominaisia sairauksia. Vastaajat eivät tunteneet etnistä farmakologiaa erityisen hyvin. Vain 15 % vastaajista tiesi, että maahanmuuttajapotilaan etnisellä taustalla saattaa olla vaikutusta lääkkeiden imeytymiseen.

5.2 Sairaanhoidajien kulttuurinen tietoisuus

Tässä tutkimuksessa kulttuurista tietoisuutta mitattiin sekä kulttuurisen kompetenssin tasoa selvittävässä osiossa että muutaman muun väittämän avulla. Lähes kaikki vastaajat (94 %) olivat tietoisia omista ennakoasenteistaan tiettyjä kulttuurisia ja etnisiä ryhmiä kohtaan. 61 % vastaajista koki, että maahanmuuttajilta oli luontevaa ja helppoa kysyä kulttuuriin ja etnisyyteen liittyviä kysymyksiä.

Sairaanhoitajien omakulttuurikeskeisyyttä ja asenteita maahanmuuttajapotilaiden mukautumisesta suomalaiseen hoitokäytäntöön kartoitettiin väittämällä 23 ja 34. Neljä viidesosaa (80 %) vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajien tulisi täysin sopeutua suomalaiseen hoitokäytäntöön ja vielä useampi (85 %) vastaaja oli sitä mieltä, että maahanmuuttajien tulisi opetella käyttämään päivystyspoliklinikoita akuutteihin vaivoihin.

Vastaajien kulttuurista tietoisuutta kartoitettiin lisäksi liukupalkkiväittämällä 45, jossa kysyttiin vastaajan mielipidettä suomalaisen hoitokäytännön sopimisesta vieraasta kulttuurista tulevalle ihmiselle. Sairaanhoitajista 22 % oli jättänyt liukupalkin keskelle oletusarvoonsa. Vastaajista 45 % oli siirtänyt liukupalkkia täysin sama mieltä suuntaan ja heistä 13 % oli sijoittanut liukupalkin täysin samaa mieltä (80 - 100) kohtaan. Vastaajista ainoastaan 12 % oli sijoittanut liukupalkin täysin eri mieltä (0 - 20) kohtaan. Vastaajien kulttuurinen kompetenssi, kulttuurinen tahto tai yleisten asenteiden taso ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi mielipiteeseen suomalaisen hoitokäytännön sopimisesta vieraasta kulttuurista tulevalle.

5.3 Sairaanhoitajien kulttuurinen tieto

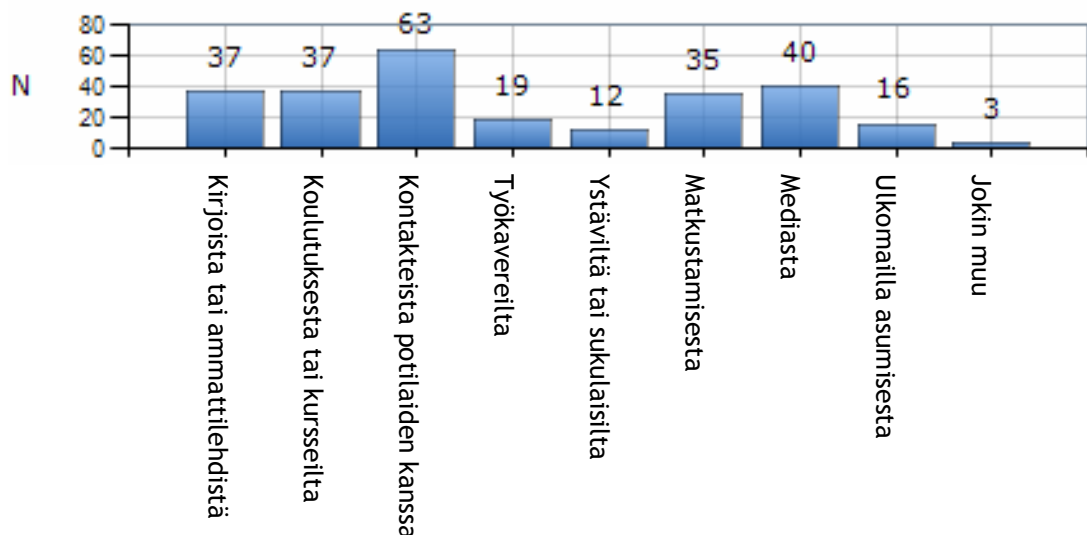
Tässä tutkimuksessa kulttuurista tietoa tarkasteltiin sairaanhoitajan kulttuurista kompetenssia mittaavassa osiossa, kahdella stereotypioita käsittelevällä väittämällä (väittämät 31 ja 32) ja maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperää kartoittavalla kysymyksellä (kysymys 55). Kulttuurisen kompetenssin mallille on ominaista, että mallin eri osa-alueet ovat toistensa kanssa limittäin (Campinha-Bacote 2007), siksi kulttuurisen tiedon osa-alueeseen voitaisiin vielä yhdistää sairaanhoitajien negatiivisia kokemuksia sekä ongelmallisuutta omalla työpaikalla käsittelevät väittämät. Tässä työssä kyseisten väittämien tulokset on kuitenkin käsitelty kulttuurista kohtaamista käsittelevässä osiossa.

Etnisen farmakologian tuntemusta mitattiin kahdella väittämällä. Vain 15 % vastaajista tiesi etnisen taustan mahdollisen vaikutuksen lääkkeiden imeytymiseen ja noin 25 % huomioi maahanmuuttajan luonnonlääkkeiden ja yrttien käytön selvittäessään potilaan lääkitystä. Hieman yli 60 % vastaajista tiesi, että monilla etnisillä ryhmillä on heille ominaisia sairauksia, mutta vain 1 % vastaajista tiesi paljon etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä sekä etnisten ryhmien biologisista ja fyysisistä eroista. 36 % vastaajista sanoi omaavansa jonkin verran tietoa etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä ja 21 % vastaajista tiesi jonkin verran etnisten ryhmien biologisista ja fyysisistä eroista.

Tutkimukseen osallistuvilla sairaanhoitajilla ilmeni stereotyyppisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan. 74 % vastaajista oli sitä mieltä, että monet maahanmuuttajat ylireagoivat kipuun ja 75 % sairaanhoitajista vastasi, että joillakin maahanmuuttajilla tai

heidän omaisillaan on taipumus liioitella potilaan tilaa. Täysin samaa mieltä väittämien kanssa oli hieman alle 25 % ja täysin eri mieltä noin 5 % vastaajista. Yli puolet (61 %) vastaajista oli lisäksi kokenut, että maahanmuuttajat ovat usein ”vaikeita” potilaita.

Sairaanhoitajien maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperää kysyttiin kysymyksessä 55, ”Mistä ovat tietosi maahanmuuttajista enimmäkseen peräisin?”. Vastaajat (n = 93) valitsivat valmiista vaihtoehtoista tiedonlähteet, joista maahanmuuttajista saatu tieto oli enimmäkseen peräisin. Vastaajilla oli mahdollisuus valita enintään kolme tiedon lähdettä, joista kaikkein useimmin valittu tiedonlähde oli ”kontaktit potilaiden kanssa” ja sen oli valinnut yli kaksi kolmasosaa (68 %) vastanneista. Toiseksi suurimmaksi tiedon lähteeksi koettiin media, jonka oli valinnut 43 % vastaajista. Yli kolmasosa vastaajista (40 %) valitsi tiedon lähteeksi sekä koulutuksen että kirjallisuuden. Matkustaminen koettiin yhdeksi tärkeäksi tiedon lähteeksi. 38 % vastaajista oli valinnut matkustamisen yhdeksi vaihtoehdokseen. Muut tiedon lähteet olivat työkaverit (20 %), ulkomailla asuminen (17 %) ja ystävät tai sukulaiset (13 %). Edellisten lisäksi kolme vastaajaa (3 %) oli valinnut ”jokin muu, mikä” vaihtoehdon. Kyseisessä vaihtoehdossa arkielämä ja eri kulttuureista tulevat ystävät mainittiin tärkeiksi tiedon lähteiksi. Maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperää on havainnollistettu kuviossa 6.



KUVIO 6. Vastaukset kysymykseen ”Mistä ovat tietosi maahanmuuttajista enimmäkseen peräisin?” (N = 93).

5.4 Sairaanhoitajien kulttuurinen taito

Kulttuurista kompetenssia mittaavassa osiossa vastaajien kulttuurista taitoa mitattiin kolmella väittämällä. 80 % vastaajista oli sitä mieltä, että kulttuuristen asioiden huomiointi on tärkeää jokaisen potilaan kohdalla ja 77 % vastaajista tiesi, että kulttuurilla ja terveydellä on yhteys toisiinsa. 58 % vastaajista osasi arvioida maahanmuuttajapotilaan tarpeet haastattelun perusteella.

Kulttuurinmukainen arvio potilaan tilasta on tärkeää ja siksi vastaajien kulttuurista taitoa tarkasteltiin lisäksi väittämän 34 mukaisesti. 85 % vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajien tulisi opetella käyttämään päivystyspoliklinikoita akuutteihin vaivoihin. Akuutti vaiva saattaa eri kulttuureissa kuitenkin tarkoittaa erilaisia asioita ja siksi onkin tärkeää kuunnella potilaan mielipidettä ja näkökulmaa kyseiseen vaivaan liittyen. Potilaan tarpeisiin tulisi päivystyspoliklinikoilla vastata kulttuurin mukaisesti. Vastaajien mielipidettä suomalaisen hoitokäytännön sopimisesta vieraasta kulttuurista tulevalle tarkasteltiin väittämässä 45. Noin kolmasosa (32 %) vastaajista oli sitä mieltä, että suomalainen hoitokulttuuri ei sovi hyvin vieraasta kulttuurista tulevalle kun taas 46 % vastaajista omasi täysin vastakkaisen mielipiteen.

5.5 Sairaanhoitajien kulttuurinen kohtaaminen

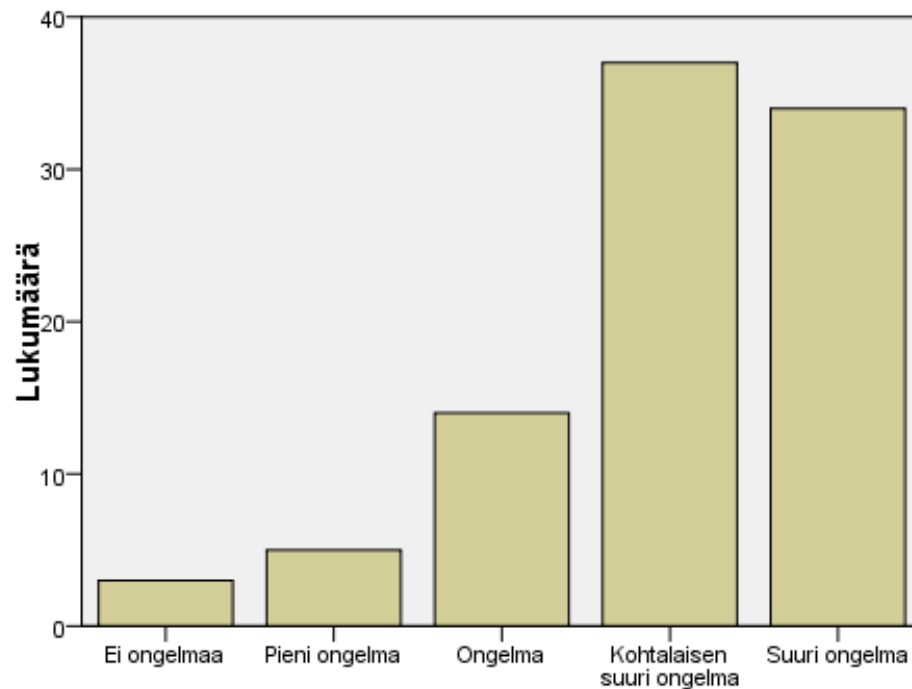
Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajan kulttuurista kohtaamista mitattiin kulttuurista kompetenssia mittaavassa osiossa ja kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvaa ongelmallisuutta mittaavassa osiossa. Sairaanhoitajan kulttuurista kohtaamista selvitettiin lisäksi tarkastelemalla sairaanhoitajien negatiivisia kokemuksia maahanmuuttajien kohtaamisesta ja kysymällä sairaanhoitajien omaa arviota maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumisesta hoitotyössä.

45 % tutkimukseen osallistuneista oli mukana vapaa-ajan toiminnassa, jossa kohtasi eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevia ihmisiä. Hieman yli puolella (52 %) vastaajista oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä. 11 % vastaajista oli sitä mieltä, että erilaisen näkemyksen omaavan maahanmuuttajapotilaan kohtaaminen oli vaikeaa. 61 % vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajapotilaan omaisten käyttäminen kielitulkkina saattaa heikentää potilaan saamaa hoidon laatua ja oma-aloitteisesti tietoa ja koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa oli etsinyt 40 % vastaajista.

5.5.1 Kulttuurien eroavaisuuksista johtuvien asioiden ongelmallisuus omalla työpaikalla

Kulttuurisia konflikteja aiheuttavien asioiden ongelmallisuutta mitattiin yhdeksällä väittämällä (46 - 54). Ongelmallisuutta mittaavista muuttujista muodostettiin yhdeksän

muuttujan summamuuttuja ($n = 93$). Muuttujan reliabiliteetti oli 0,776 (Cronbachin alfa = 0,776). Vastaajat sijoittivat visuaalisen liukupalkin siihen kohtaan, kuinka ongelmalliseksi he kokivat kyseisen asian omalla työpaikallaan. Liukupalkki oli jaettu alun perin nolasta sataan (0-100), missä nolla osoitti ”ei ongelmaa” ja 100 oli ”suuri ongelma”. Aineiston analysointia varten liukupalkin asteikko jaettiin tasaisesti viiteen osaan, jolloin ongelmallisuus saatiin jaoteltua seuraavanlaisesti: ei ongelmaa, pieni ongelma, ongelma, kohtalaisen suuri ongelma ja suuri ongelma. Kielen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat nähtiin omalla työpaikalla kaikkein ongelmallisimmiksi. Ainoastaan 3 % vastaajista oli kokenut etteivät kielen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat olleet ongelmallisia omalla työpaikalla ja loput 97 % olivat sitä mieltä, että kielen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat nähtiin jonkinasteisena ongelmana. 34 % vastaajista koki kielen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat suurena ongelmana. Kielen ymmärtämisen ongelmallisuutta omalla työpaikalla on havainnollistettu kuviossa 7.



KUVIO 7. Kielen ymmärtämisen ongelmallisuus omalla työpaikalla ($N = 93$).

26 % vastaajista ($n = 93$) koki maahanmuuttajien mukana olevien omaisten suuren määrän suurena ongelmana. 17 % vastaajista näki tulkkaukseen liittyvät ongelmat suurena ongelmana. Ainoastaan 8 % vastaajista koki etteivät tulkkaukseen liittyvät ongelmat olleet ongelmallisia heidän omalla työpaikallaan. Sukupuolirooleihin liittyviä asioita pidettiin myös ongelmallisena, sillä 89 % piti asiaa ongelmallisena ja heistä 8 % koki asian suurena ongelmana. Vähiten ongelmallisiksi koettiin maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa

kunnioituksen puute sairaanhoitajan työtä kohtaan sekä uskonnon harjoittamiseen liittyvät rituaalit, tavat tai muut asiat. Kulttuurisia konflikteja aiheuttavien asioiden ongelmallisuutta omalla työpaikalla havainnollistetaan taulukossa 4. Kulttuurisia konflikteja aiheuttavien asioiden ongelmallisuudessa ei ilmennyt suuria eroja eri sairaaloiden välillä. Ongelmallisuus omalla työpaikalla koettiin lähes samanlaisena sekä Helsingin, Vantaan ja Espoon päivystyspoliklinikoilla, että muun Uudenmaan päivystyspoliklinikoilla.

Taulukko 4. Kulttuurisia konflikteja aiheuttavien asioiden ongelmallisuus omalla työpaikalla (N = 93).

Väittämä	Ei ongelmaa vastanneiden %	Pieni ongelma / ongelma / kohtalainen ongelma, vastanneiden %	Suuri ongelma vastanneiden %
46. Kielen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat	3,2	63,2	33,6
47. Tulkkaukseen liittyvät ongelmat	7,5	75,3	17,2
48. Maahanmuuttajapotilaan mukana olevien omaisten suuri määrä	4,3	69,9	25,8
49. Kunnioituksen puute sairaanhoitajan työtä kohtaan	24,7	69,9	5,4
50. Kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvat väärinkäsitykset	11,8	83,9	4,3
51. Sukupuolirooleihin liittyvät ongelmat	10,8	81,7	7,5
52. Vaivaavat ja kiusaavat tilanteet hoitotilanteissa (alastomuus, vähäpukeisuus)	14	84,9	1,1
53. Maahanmuuttajapotilaan henkilökohtaisen hygienian hoitoon liittyvät asiat	12,9	83,9	3,2
54. Uskonnon harjoittamiseen liittyvät asiat	22,6	76,3	1,1

5.5.2 Sairaanhoidajien negatiiviset kokemukset maahanmuuttajapotilaiden ja heidän omaistensa kohtaamisesta

Sairaanhoidajien mielipidettä maahanmuuttajien omaisten kohtaamisen vaikeudesta kartoitettiin väittämällä 33. Lähes puolet (47 %) vastaajista (n = 92) oli sitä mieltä, että maahanmuuttajien omaiset ovat vaikeampia kohdata kuin suomalaisten. Sairaanhoidajien kokemuksia maahanmuuttajien kohtaamisesta kartoitettiin kuudella (36 - 41) väittämällä, johon vastattiin joko ”kyllä tai ”ei. Lähes viidesosa (19 %) vastaajista (n = 93) oli kokenut, että heitä oli syytetty syrjinnästä maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa toimesta. Useampi kuin joka neljäs (29 %) oli kokenut, että hänen asemaansa sairaanhoidajana ei arvosteta maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa toimesta. Sairaanhoidajien arvion mukaan maahanmuuttajat eivät tienneet suomalaisen terveydenhuollon toiminnasta, sillä vastaajista (n = 93) lähes yhdeksän kymmenestä (87 %) oli sitä mieltä.

Sairaanhoidajista suurin osa (72 %) oli kokenut maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa äänekkään käyttäytymisen häiritsevän joko päivystyspoliklinikan muita potilaita tai henkilökuntaa (n = 93). Maahanmuuttajien kohtaamisen itselleen uhkaavaksi tilanteeksi hoitotyössä oli kokenut 38 % vastaajista (n = 93). Kulttuurisen tahdon vaikutuksesta uhkaavaksi kokemiseen ilmeni tilastollista merkitsevyyttä Khii-neliön muuttujien riippumattomuustestin avulla (p = 0,004). T-testillä selvitettiin uhkaavaksi koetun ja kulttuurisen tahdon välistä yhteyttä. Korkeamman kulttuurisen tahdon omaavat sairaanhoidajat kokivat maahanmuuttajien kohtaamisen harvemmin uhkaavaksi tilanteeksi (p = 0,006).

5.5.3 Sairaanhoidajien oma arvio maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumisesta hoitotyössä.

Sairaanhoidajien omaa arviota maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumisesta selvitettiin kysymyksellä 56. ”Kuinka hyvin onnistut kohtaamaan maahanmuuttajan hoitotyössä?”. Kysymykseen vastattiin siirtämällä liukupalkkia (0-100) haluamaansa kohtaan. Liukupalkin äärilaidoilla luki ”erittäin huonosti” ja ”erittäin hyvin”. Liukupalkki jaettiin viiteen osaan, jonka jälkeen vastauksille annettiin sanalliset arvot: erittäin huonosti, huonosti, kohtalaisesti, hyvin ja erittäin hyvin. Vastaukset on esitetty taulukossa 5.

Sairaanhoidajista suurin osa (87 %) oli siirtänyt liukupalkin puoleenväliin tai sen oikealle puolelle - ”erittäin hyvin” - suuntaan. ”Erittäin huonosti” - puoleiselle alueelle oli liukupalkin asettanut 13 % vastaajista. Yli yhdeksänkymmentä (93 %) prosenttia arvioi maahanmuuttajien kohtaamisen onnistuvan kohtalaisesti tai paremmin ja loput (7 %) arvioivat kohtaamisen onnistuvan joko huonosti tai erittäin huonosti. Kohtaamisen onnistumisen arvioi erittäin huonoksi vastaajista vain 2 %. Sairaanhoidajista yli puolet (56 %) arvioi kohtaamisen onnistuvan hyvin tai erittäin hyvin.

TAULUKKO 5. Vastaajien oma arvio maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta (N = 93).

Oma arvio	Lukumäärä	% vastaajista
Erittäin huonosti	2	2
Huonosti	5	5
Kohtalaisesti	34	37
Hyvin	35	38
Erittäin hyvin	17	18
Yhteensä	93	100

Tulokset muutettiin lisäksi vielä kouluarvosanoiksi neljästä kymmeneen (4-10). Vastaajista 8 % arvioi onnistumisen olevan kuusi (6) tai huonompi. Suurin osa (53 %) sairaanhoitajista arvioi kohtaamisen onnistumisen olevan seitsemän (7) tai kahdeksan (8) ja lähes kolmasosa (29 %) vastaajista arvioi onnistumisen olevan joko 9 tai 10. 14 % vastaajista sai kouluarvosanan kymmenen (10).

Alueittain tarkasteltuna 23 % Helsingin, 21 % Espoon ja Vantaan ja 8 % muun Uudenmaan päivystyspoliklinikoiden vastaajista arvioi maahanmuuttajien kohtaamisen onnistuvan hoitotyössä erittäin hyvin. Erittäin huonosti kohtaamisen arvioi onnistuvan 8 % muun Uudenmaan sairaaloiden vastaajista. Espoon, Helsingin ja Vantaan sairaaloiden vastaajista kukaan ei arvioinut kohtaamisen onnistuvan erittäin huonosti. Hoitotyössä maahanmuuttajien kohtaamisen enemmän onnistuneeksi kokeneet sairaanhoitajat saavuttivat korkeammat yleisten asenteiden kouluarvosanat ($r_s = 0,355$, $n = 93$, $p < 0,001$), kulttuurisen kompetenssin pisteet ($r_s = 0,348$, $n = 87$, $p = 0,001$) ja kulttuurisen tahdon pisteet ($r_s = 0,313$, $n = 91$, $p = 0,002$). Keskiarvovertailussa varianssianalyysiä käyttämällä omalla arviolla neljässä luokassa ja yleisten asenteiden yhteispisteillä ($p = 0,003$), kulttuurisen kompetenssin yhteispisteillä ($p = 0,001$) ja kulttuurisen tahdon yhteispisteillä ($p < 0,001$) oli tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

5.6 Sairaanhoitajien kulttuurinen tahto

Tässä tutkimuksessa kulttuurista tahtoa mitattiin kulttuurista kompetenssia mittaavassa osiossa, yleisiä asenteita mittaavissa väittämässä (väittämät 42 ja 43) ja muutamissa yksittäisissä väittämässä, joita on käsitelty seuraavassa.

Suurimmalla osalla (93 %) tähän tutkimukseen vastanneista sairaanhoitajista oli halua oppia toisista kulttuureista ja lähes yhtä suurella osalla (88 %) oli halu ymmärtää maahanmuuttajapotilasta. 61 % vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajat ovat usein ”vaikeita” potilaita. Kunnioitusta, kiinnostusta ja välittämistä maahanmuuttajapotilasta kohtaan selvitettiin kahdella väittämällä. Noin 85 % sairaanhoitajista (n=93) oli sitä mieltä, että maahanmuuttajapotilasta tulisi kohdella arvokkaasti ja kunnioittaen vaikka ei hyväksyisikään heidän arvojaan tai uskomuksiaan. Lähes sama määrä vastaajista (83 %) väitti, että kiinnostus ja välittäminen maahanmuuttajapotilaasta ovat tärkeämpiä kuin tietämys kulttuureista.

Vastaajat pitivät hoitavan sairaanhoitajan kielen osaamista erittäin tärkeänä. Kielen tärkeyttä potilasturvallisuutta ajatellen kartoitettiin liukupalkkiväittämällä, jossa väitettiin, että heikosti suomea (ruotsia) osaava sairaanhoitaja pystyy turvallisesti hoitamaan potilaita päivystyspoliklinikalla. 74 % vastaajista oli liikuttanut liukupalkkia (0-100) oletusarvostaan keskeltä täysin eri mieltä suuntaan. Keskiarvo kaikkien vastaajien kesken oli 29 ja useimmin valittu vaihtoehto oli 0, jonka oli valinnut 16 % vastaajista. Täysin samaa mieltä eli (80 - 100) liukupalkilta valinneita vastaajia oli 13 %. Vaikka kielen osaamisen painottamiselle ja kulttuuriselle kompetenssille ei löytynyt tilastollista merkitsevää riippuvuutta, niin kulttuurisen kompetenssin kouluarvosanojen vaikutus kielen osaamisen tärkeyttä kohtaan antoi tilastollisesti suuntaa antavan yhteyden ($p = 0,080$). Tilastollisesti suuntaa antavaa riippuvuutta esiintyi lisäksi kolmeen luokkaan jaetun kulttuurisen kompetenssin ja kielen osaamisen tärkeyttä mittaavan väittämän kanssa, jossa korkeamman kulttuurisen tahdon omaavat sairaanhoitajat eivät painottaneet kielen osaamisen tärkeyttä edellytyksenä potilaan turvalliselle hoidolle ($p = 0,060$). Tilastollisesti suuntaa antavan riippuvuuden lisäksi kulttuurisen kompetenssin ja kielen osaamisen tärkeyttä kartoittavan väittämän välillä löytyi tutkimusaineistosta havainto, jossa korkeamman kulttuurisen kompetenssin saavuttaneet sairaanhoitajat olivat enemmän samaa mieltä sen kanssa, että heikosti suomea (ruotsia) osaava sairaanhoitaja pystyy turvallisesti hoitamaan potilaita päivystyspoliklinikalla. Korkeimmat kulttuurisen kompetenssin pisteet saavuttaneet viisi sairaanhoitajaa olivat yhtä lukuun ottamatta siirtäneet liukupalkkia täysin samaa mieltä suuntaan ja heidän keskiarvonsa (0 - 100) skaalalla oli 68 ja vain yksi heistä oli valinnut liukupalkilta kaikkein korkeimman mahdollisen arvon. Matalimmat kulttuurisen kompetenssin pisteet saavuttaneet kuusi sairaanhoitajaa olivat kaikki siirtäneet liukupalkkia täysin eri mieltä suuntaan ja heidän keskiarvo kyseiseen väittämään oli hieman alle 17 ja yksi heistä oli valinnut kaikkein matalimman arvon.

5.6.1 Sairaanhoidajien asenteet maahanmuuttoa kohtaan

Kulttuurista tahtoa kartoitettiin mittaamalla sairaanhoidajien asenteita kasvavaa monikulttuurisuutta kohtaan väittämällä 42. "On hyvä, että Suomeen muuttaa ihmisiä muualta maailmasta". Noin neljäsosa (26 %) vastaajista (n=93) oli siirtänyt vastaamiseen käytettyä nollasta sataan (0-100) liukupalkkia oletusarvostaan keskeltä täysin eri mieltä suuntaan. Vastaajien keskiarvo oli 59. Viidesosa (20 %) oli jättänyt liukupalkin keskelle ja yli puolet (54 %) oli siirtänyt liukupalkkia täysin samaa mieltä suuntaan. Vastaajista täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 8 % ja täysin samaa mieltä oli 20 % vastaajista. Kulttuurinen tahto korreloi positiivisesti väittämän 42. kanssa "On hyvä, että Suomeen muuttaa ihmisiä muualta maailmasta" ($r_s = 0,41$, $n = 91$, $p < 0,001$). Sairaanhoidajat joilla oli korkeat pisteet kulttuurisen tahdon osa-alueella, kokivat ihmisten muuton ulkomailta Suomeen myönteisenä asiana. Kulttuurisen tahdon vaikutusta asenteisiin maahanmuuttoa kohtaan tarkasteltiin syvemmin Khii-neliön muuttujien riippumattomuustestin avulla. Testin avulla tarkasteltiin sitä, johtuiko korkeamman ja matalamman kulttuurisen tahdon omaavien vastauserot väittämään 42. sattumasta. Ero oli tilastollisesti merkitsevä 5 %:n merkitsevyystasolla ($p = 0,013$). Tulosten perusteella voidaan sanoa, että kulttuurisella tahdolla ja vastaajan arviolla väittämään 42. oli tilastollisesti merkittävä yhteys.

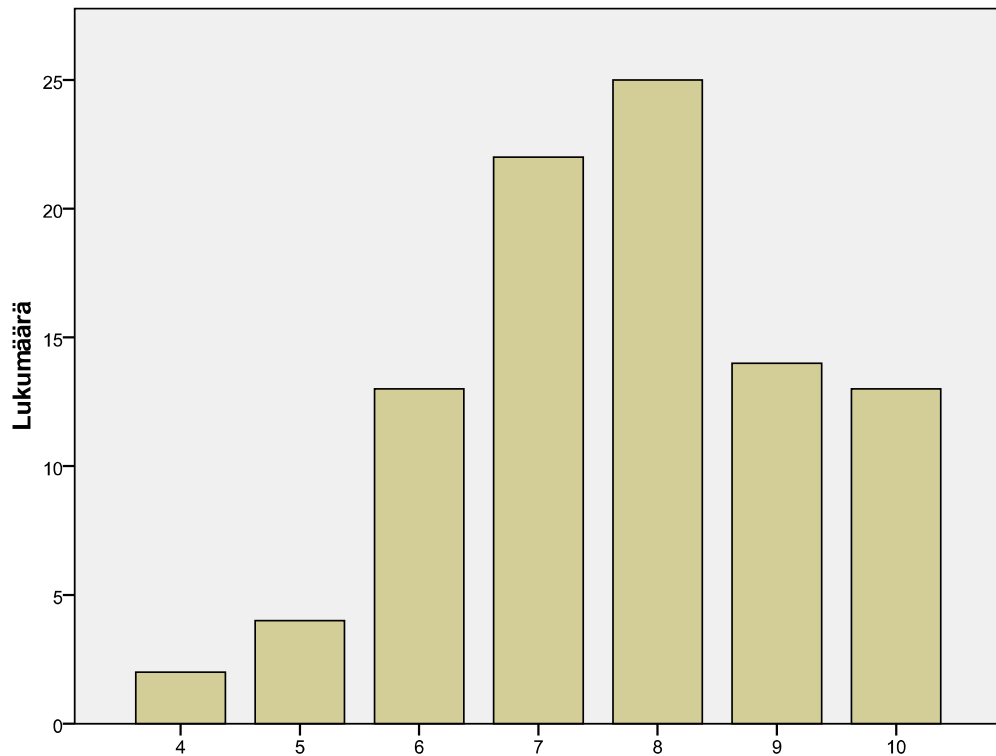
5.6.2 Sairaanhoidajien asenteet syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta kohtaan

Syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta mitattiin väittämällä 43. "Haluan Suomeen tehokkaampia syrjinnän vastaisia toimia". Väittäjä mittasi vastaajan kulttuurista tahtoa. Väittämällä kartoitettiin sairaanhoidajien kykyä havainnoida ja tunnistaa eriarvoisuus suomalaisessa yhteiskunnassa ja samalla selvittää vastaajien asennetta sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Väittämään vastattiin nollasta sataan liukupalkin (0-100) avulla. Vastaajien (n=93) keskiarvo oli 61. Vastaajista noin neljäsosa (26 %) oli siirtänyt liukupalkkia edes hieman täysin eri mieltä suuntaan ja yli puolet (54 %) täysin samaa mieltä suuntaan. Loput vastaajista (28 %) oli jättänyt liukupalkin oletusarvoonsa keskelle. Vastaajista 5 % oli täysin eri mieltä väittämän kanssa ja täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 25 % vastaajista.

5.6.3 Sairaanhoidajien yleiset asenteet

Sairaanhoidajien yleisiä asenteita maahanmuuttoa kohtaan tarkasteltiin summamuuttujan avulla. Yleisten asenteiden summamuuttuja mittasi sairaanhoidajan kulttuurista tahtoa, mutta asenteita kutsuttiin yleisiksi asenteiksi, koska ne kartoittivat sairaanhoidajan asenteita hoitotyön kontekstin ulkopuolelta. Summamuuttuja oli muodostettu laskemalla väittämät 42 ja 43 yhteen. Muuttujan reliabiliteetti oli 0,711 (Cronbachin alfa = 0,711). Yleisten asenteiden

summamuuttujan tulokset luokiteltiin seitsemään osaan, jolloin vastausten muuntaminen kouluarvosanoiksi onnistui. Vastaajista (n=93) viidesosa (20 %) sai arvosanaksi kuusi (6) tai vähemmän ja neljäsosa (24 %) sai arvosanaksi seitsemän (7). Kouluarvosanan kahdeksan (8) tai enemmän sai 56 % ja heistä 14 % sai kouluarvosanaksi kymmenen (10). Sairaanhoidajien yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan kouluarvosanoina on esitetty kuviossa 8.



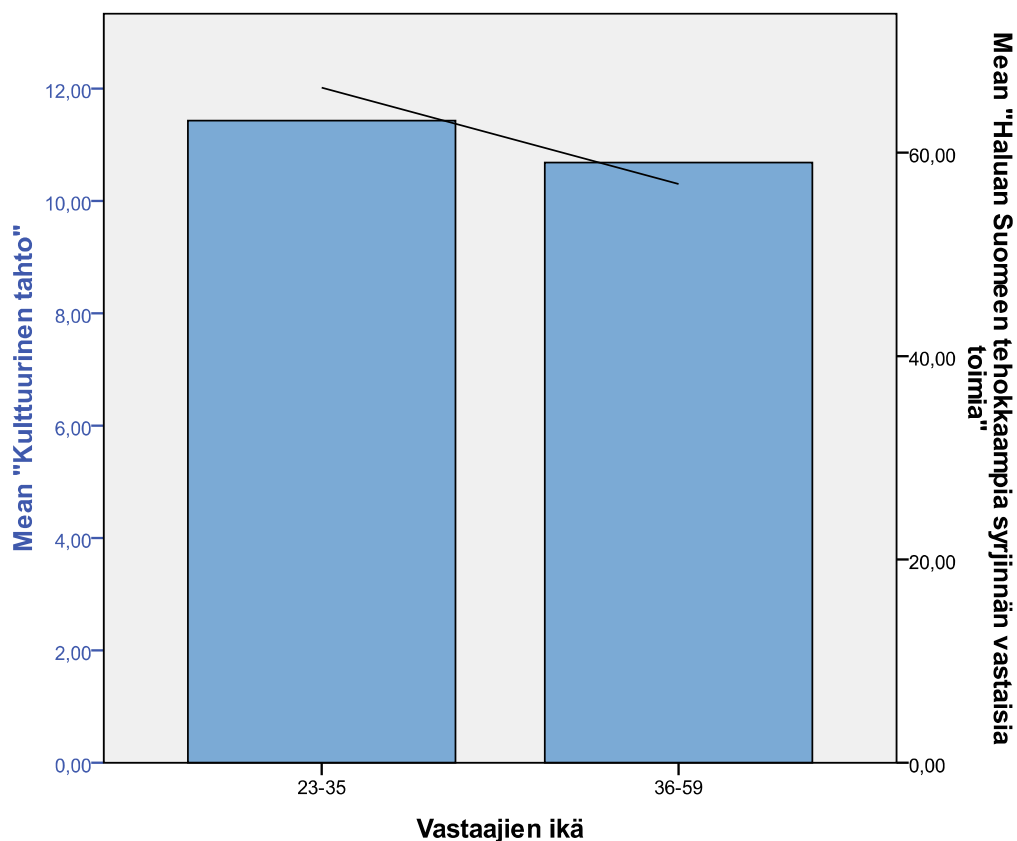
KUVIO 8. Sairaanhoidajien yleisten asenteiden pisteet kouluarvosanoina (N = 93).

5.7 Tutkimusongelmien, tutkimusmuuttujien ja taustamuuttujien väliset yhteydet

Seuraavassa on käsitelty taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien välisiä yhteyksiä sekä tutkimusongelmien välisiä riippuvuuksia. Työkokemus, asuminen ulkomailla, jatkokoulutus, kielitaito tai päivystyspoliklinikan sijainti ei tuottanut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä tutkimusmuuttujiin suhteutettuna. Taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien välinen tilastollisesti merkitsevin yhdistävä tekijä oli sairaanhoidajien toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä. Ystävyyden ja tutkimusmuuttujien välisiä tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä on tarkasteltu tarkemmin kappaleessa 5.8 ja havainnollistettu taulukossa 6 sivulla 62.

Taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien väliltä löytyi ystävyyden lisäksi muutamia tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ($p < 0,05$). Virallisia kielitulkkeja käyttäneillä sairaanhoitajilla oli muita sairaanhoitajia korkeampi kulttuurinen tahto ($p = 0,048$) ja alle 36 vuoden ikäisillä sairaanhoitajilla oli vastaavasti vanhempia sairaanhoitajia korkeampi kulttuurinen tahto ($p = 0,047$). Puolet vastaajista oli alle 36 vuoden ikäisiä ja vaikka muuta tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ei löytynyt, niin heillä oli vanhempia sairaanhoitajia positiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ($p = 0,150$) ja korkeampi kulttuurinen kompetenssi ($p = 0,840$), he halusivat Suomeen tehokkaampia syrjinnän vastaisia toimia ($p = 0,561$) ja he kokivat kulttuurien erilaisuudesta johtuvan ongelmallisuuden omalla työpaikalla muita sairaanhoitajia suuremmaksi ($p = 0,867$).

Kuviossa 9. on havainnollistettu vastaajien halua tehokkaampia syrjinnän vastaisia toimia ja kulttuurista tahtoa kohtaan, sekä näiden välistä yhteyttä kahdessa ikäryhmässä. Siniset pylväät kuvaavat kulttuurista tahtoa ja musta vinojana kuvaa syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta. Kuviosta selviää että kulttuurinen tahto ja halu tehokkaampiin syrjinnänvastaisiin toimiin ovat vahvempia nuoremmassa ikäluokassa.



KUVIO 9. "Vastaajien kulttuurinen tahto" suhteessa "syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta" koskevaan väittämään kahdessa ikäryhmässä (N = 89).

Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sukupuolen ja tutkimusmuuttujien väliltä löytyi ainoastaan kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvien ongelmien kokemisessa. Miehet kokivat kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvan ongelmallisuuden omalla työpaikallaan naisia vähäisemmäksi ($p = 0,032$). Miehillä oli naisia korkeampi kulttuurinen tahto ($p = 0,277$), kulttuurinen kompetenssi ($p = 0,924$) ja positiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ($p = 0,610$), mutta tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei kyseisten muuttujien väliltä löytynyt.

Tilastollisesti suuntaa antavaa yhteyttä ($0,05 < p \leq 0,1$) löytyi sairaanhoitajan jatkokoulutuksella ja kulttuurisen kompetenssin välillä. Jatkokoulutuksen tai erikoistumisopinnon suorittaneella sairaanhoitajilla oli muita sairaanhoitajia korkeampi kulttuurinen kompetenssi ($p = 0,092$). Heillä oli lisäksi muita sairaanhoitajia pienempi kulttuurinen tahto ($p = 0,483$) ja negatiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ($p = 0,787$). Lisäkoulutuksen tai erikoistumisopinnon suorittaneet sairaanhoitajat kokivat kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvan ongelmallisuuden omalla työpaikalla muita sairaanhoitajia aavistuksen verran pienemmäksi ($p = 0,990$).

Ulkomailla asumisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tutkimusmuuttujien kanssa. Ulkomailla asuneilla sairaanhoitajilla oli muita sairaanhoitajia korkeampi kulttuurinen tahto ($p = 0,312$), kulttuurinen kompetenssi ($p = 0,159$) ja paremmat yleiset asenteet ($p = 0,145$) sekä vähemmän kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvien asioiden ongelmallisuutta omalla työpaikalla ($p = 0,654$).

Sairaala-alueiden ja tutkimusmuuttujien välillä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää tai edes suuntaa antavaa yhteyttä. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan olivat positiivisempia Espoossa, Vantaalla ja Helsingissä työskentelevillä sairaanhoitajilla kuin muun Uudenmaan sairaaloissa työskentelevillä ($p = 0,762$), vaikka kulttuurisen tahdon pisteet olivatkin päinvastaisessa järjestyksessä ($p = 0,134$). Kulttuurisista eroavaisuuksista johtuva ongelmallisuus omalla työpaikalla nähtiin suurimpana Helsingin sairaaloissa, seuraavaksi suurimpana muun Uudenmaan sairaaloissa ja vähäisimpänä Espoon ja Vantaan sairaaloissa. Tilastollista merkitsevyyttä ei kuitenkaan sairaala-alueiden ja ongelmallisuuden väliltä löytynyt ($p = 0,830$).

Työkokemuksen ja tutkimusmuuttujien väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Alle 10 vuotta sairaanhoitajana toimivilla sairaanhoitajilla oli yli 10 vuotta toimineita korkeampi kulttuurinen tahto ($p = 0,352$), positiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ($p = 0,378$, $n = 93$) ja korkeampi kulttuurinen kompetenssi ($p = 0,720$). Yli 10 vuoden työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat kokivat kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvat ongelmat muita sairaanhoitajia vähäisemmiksi omalla työpaikallaan ($p = 0,657$).

Pienemmän kulttuurisen tahdon omaavat sairaanhoitajat kokivat muita vastaajia useammin maahanmuuttajan tai hänen omaistensa kohtaamisen itselleen uhkaavaksi tilanteeksi ($p = 0,011$) ja kokivat useammin maahanmuuttajien tai heidän omaistensa äänekkään käyttäytymisen häiritsevän henkilökuntaa tai muita potilaita ($p = 0,373$). He olivat lisäksi kokeneet useammin, että heitä on syytetty syrjinnästä maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa toimesta ($p = 0,384$).

5.8 Toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tulevan ystävän merkitys

Yksi taustatiedoista esiin tuleva yhdistävä tekijä oli sairaanhoitajien ystävyysuhteet eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kanssa. Ystävyysuhteen yhteydessä olevien muuttajien tilastollista merkitsevyyttä on kuvattu taulukossa 6. Ystävyysuhteet jakautuivat hyvin tasaisesti eri ikäluokkien, ulkomailla asuneiden ja ulkomailla asumattomien kesken. Helsingin päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajilla noin puolella (52 %) oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä. Espoossa ja Vantaalla suurimmalla osalla (70 %) tutkimukseen osallistuvista sairaanhoitajista oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä. Muun Uudenmaan sairaaloissa ”ystävyyttä” oli noin joka kolmannella (29 %) vastaajalla.

TAULUKKO 6. Ystävyysuhteen (toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä) yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät muuttujat (p-arvot).

Ystävyysuhteen yhteydessä olevat muuttujat	Ystävyys p-arvo
Sairaanhoitajan kulttuurinen kompetenssi	<0,001***
Sairaanhoitajan yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan	<0,001***
Oma-aloitteisuus tietouden ja koulutuksen suhteen kulttuuriin liittyvissä asioissa	0,001***
Uskonnon harjoittamiseen liittyvä ongelmallisuus	0,017*
Sairaanhoitajan kulttuurinen tahto	0,023*
Testatun eron tai riippuvuuden sanotaan olevan:	
Tilastollisesti erittäin merkitsevä 0,1 %:n merkitsevyystasolla, jos $p \leq 0,001$	***
Tilastollisesti merkitsevä 1 %:n merkitsevyystasolla, jos $0,001 < p \leq 0,01$	**
Tilastollisesti merkitsevä 5 %:n merkitsevyystasolla, jos $0,01 < p \leq 0,05$	*

Muista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevien ystävien yhteyttä kulttuurisen kompetenssin tasoon testattiin Mann-Whitneyn U-testin ($p < 0,001$) avulla. Testin mukaan yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevää. Kun kulttuurisen kompetenssin pisteet oli jaettu kolmeen luokkaan, saatiin ystävyydelle ja kulttuurisen kompetenssin tasoille tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ristiintaulukointia käyttämällä ($p = 0,008$). Sairaanhoitajat, joilla oli ystävä toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä, saavuttivat muita sairaanhoitajia korkeamman kulttuurisen kompetenssin tason. Kulttuurisen kompetenssin kouluarvosanojen ja ystävyyskeskiarvot erosivat t-testiä käyttäen tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p < 0,001$). Sairaanhoitajat, joilla oli toisesta kulttuurista tuleva ystävä, saivat kulttuurisen kompetenssin keskiarvoksi kouluarvosanoin 7,3 ja ne, joilla ei ollut ystäviä, saivat keskiarvoksi 6,6.

Kaksikymmentä sairaanhoitajaa, joilla ei ollut muista kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevia ystäviä, saivat kulttuurisen kompetenssin kouluarvosanaksi kuusi (6) tai vähemmän ja samassa ryhmässä ystävyysuhteen omaavia sairaanhoitajia oli kahdeksan. Kahdeksantoista sairaanhoitajaa, joilla oli toisesta kulttuurista tuleva ystävä, saivat kulttuurisen kompetenssin arvosanaksi kahdeksan (8) tai enemmän ja kolme sairaanhoitajaa ilman ystävyysuhteita saavuttivat saman kulttuurisen kompetenssin tason. Neljällä viidestä korkeimman kulttuurisen kompetenssin saavuttaneesta sairaanhoitajasta oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä. Kulttuurisen kompetenssin arvosanoja ja ystävyysuhteiden vaikutusta eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kanssa on kuvattu taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Kulttuurisen kompetenssin arvosanat ja ystävyysuhteet eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kanssa (N = 85).

Kulttuurisen kompetenssin kouluarvosana	Ystävyysuhteet kyllä (%)	Ystävyysuhteet ei (%)
6 tai alle	8 vastaajaa (18 %)	20 vastaajaa (49 %)
7	18 vastaajaa (41 %)	18 vastaajaa (44 %)
8 tai yli	18 vastaajaa (41 %)	3 vastaajaa (7 %)

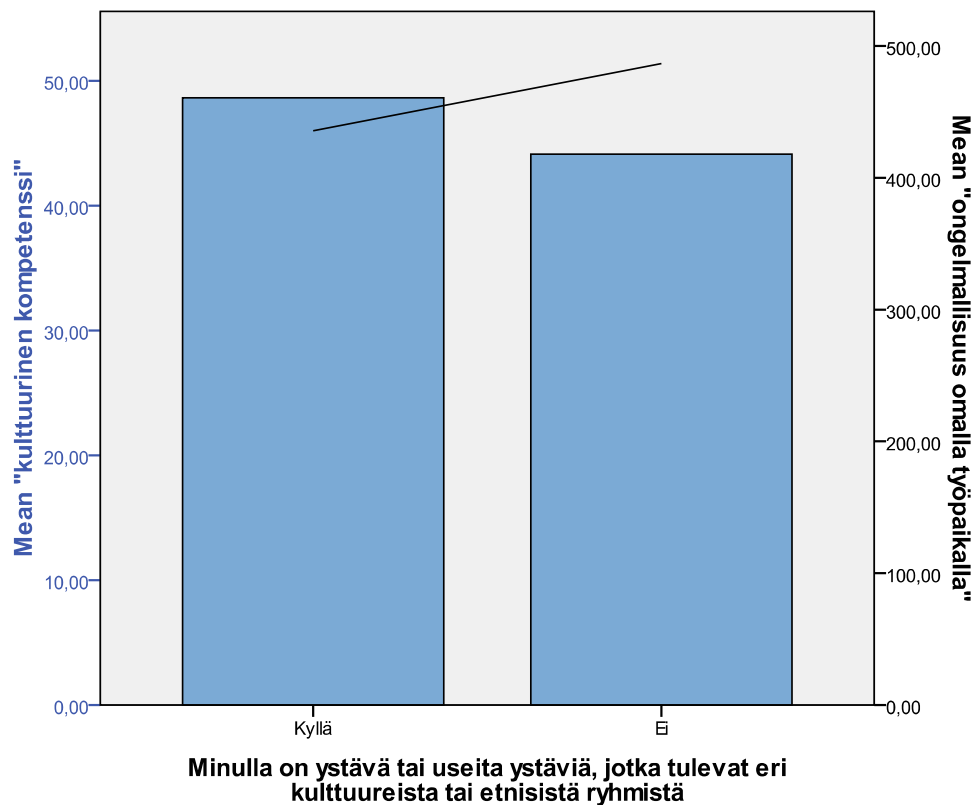
Muista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevien ystävien yhteyttä kulttuurisen tahdon tasoon testattiin t-testin ($p = 0,023$) ja Mann-Whitneyn U-testin ($p = 0,029$) avulla, joissa havaittiin tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Eri kulttuurista tai etnisistä ryhmistä tulevien ystävyysuhteiden vaikutus näkyi selvemmin yleisten asenteiden summamuuttujassa.

Korkeamman yleisen asenteen omaavilla sairaanhoitajilla oli useammin toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä. 13 % ”ei ystävyyttä” vastanneista saavutti kouluarvosanan 9 tai 10. Saman kouluarvosanan ”kyllä” vastanneista saavutti 46 % vastaajista. Ystävyydellä ja sairaanhoitajien yleisillä asenteilla oli Mann-Whitneyn U-testin mukaan tilastollisesti erittäin merkittävä yhteys ($p < 0,001$). Kruskal-Wallis testin avulla testattiin lisäksi ystävyuden vaikutusta sairaanhoitajan yleisten asenteiden yhteispisteisiin. Testin mukaan ystävyuden vaikutus sairaanhoitajan yleisten asenteiden yhteispisteisiin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$).

Sairanhoitajilla, joilla oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä, kokivat uskonnon harjoittamiseen liittyvät rituaalit, tavat tai muut asiat vähemmän ongelmia aiheuttavaksi ($p = 0,017$) ja olivat oma-aloitteisempia etsimään tietoutta ja koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa ($p = 0,001$).

Vastaajien keskuudessa lällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ystävyysuhteisiin eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kanssa ($p = 0,749$). Ystävyyttä löytyi kaikista ikäluokista lähes saman verran. 35 % alle 36 vuoden ikäisistä ja 20 % sitä vanhemmista sairaanhoitajista oli asunut ulkomailla ($p = 0,113$). Ulkomailla asuneista 35 %:lla ja ulkomailla asumattomista 27 %:lla oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä ($p = 0,402$).

YstävyYTEEN ”kyllä” vastanneista lähes puolet (48 %) koki kulttuurisia konflikteja aiheuttavat ongelmat (summamuuuttuja 46-54) pienenä tai ongelmattomana omalla työpaikallaan. Vastaavasti ystävyYTEEN ”ei” vastanneista noin kolmasosa (31 %) koki kulttuurisia konflikteja aiheuttavat ongelmat pienenä tai ongelmattomana. Toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tulevilla ystävillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta omalla työpaikalla koettuun ongelmallisuuteen, mutta tilastollisesti suuntaa antava riippuvuus kuitenkin löytyi t-testiä käyttämällä ($p = 0,051$). Sairanhoitajat, joilla oli ystäviä toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä, kokivat kulttuurisia konflikteja aiheuttavat ongelmat muita sairaanhoitajia vähäisemmiksi. Ystävyuden, kulttuurisen kompetenssin ja omalla työpaikalla ilmenevän kulttuuristen asioiden ongelmallisuuden yhteyttä toisiinsa on havainnollistettu kuviossa 10. Kuviossa kulttuurinen kompetenssi on kuvattu pylväillä ja ongelmallisuus janalla.



KUVIO 10. Ystävyys, kulttuurinen kompetenssi ja ongelmallisuus suhteessa toisiinsa.

Toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tulevan ystävän positiivista vaikutusta sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin tasoon, kulttuuriseen tahtoon ja asenteisiin maahanmuuttajia kohtaan ei voida tämän tutkimuksen mukaan vähätellä. Muista kulttuureista tulevien ystävien vaikutus hoitajien transnationaalisen tasoon oli yhdistävänä tekijänä myös Sainola-Rodriguezin (2009) tutkimuksessa, jossa korkean transnationaalisen tason saavuttaneista hoitajista viidellä hoitajalla kuudesta oli muista kulttuureista tulevia ystäviä.

5.9 Yhteenveto muuttujien tilastollisesti merkitsevästä yhteyksistä

Tilastollisesti merkitsevimmät yhteydet tutkimusmuuttujien välillä havaittiin kulttuurisen kompetenssin tai kulttuurisen tahdon ja yleisten asenteiden, työpaikalla koetun ongelmallisuuden sekä maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumista kartoittavan oman arvion välillä.

Korkeamman kulttuurisen tahdon omaavilla sairaanhoitajilla oli muita sairaanhoitajia positiivisemmat yleiset asenteet ($p < 0,001$), parempi oma arvio maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta hoitotyössä ($p = 0,002$), heillä oli useammin ystävää toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä ($p = 0,023$) ja he olivat käyttäneet useammin virallisia kielitulkkeja ($p = 0,048$). Korkeamman kulttuurisen tahdon saavuttaneilla sairaanhoitajilla oli vähemmän kulttuuristen asioiden aiheuttamaa ongelmallisuutta omalla työpaikalla ($p = 0,001$) ja he kokivat maahanmuuttajien ja heidän omaistensa kohtaamisen harvemmin uhkaavaksi tilanteeksi ($p = 0,011$). Korkean kulttuurisen tahdon omaavat sairaanhoitajat olivat lisäksi positiivisempia sen suhteen, että Suomeen muuttaa ihmisiä muualta maailmasta ($p < 0,001$).

Korkeamman kulttuurisen kompetenssin omaavat sairaanhoitajat arvioivat maahanmuuttajien kohtaamisen onnistuvan muita sairaanhoitajia paremmin ($p = 0,001$) ja he kokivat muita sairaanhoitajia vähemmän kulttuuristen asioiden aiheuttamaa ongelmallisuutta omalla työpaikallaan ($p = 0,006$). Heillä oli muita sairaanhoitajia useammin ystävää toisesta kulttuurista ($p < 0,001$), olivat käyttäneet useammin virallista kielitulkkia ($p = 0,019$) ja lisäksi heillä oli positiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ($p < 0,001$).

Positiivisemmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan omaavat sairaanhoitajat saavuttivat muita sairaanhoitajia korkeamman kulttuurisen kompetenssin ($p < 0,001$), korkeamman kulttuurisen tahdon ($p < 0,001$) sekä paremman oman arvion maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta hoitotyössä ($p = 0,001$). Positiiviset yleiset asenteet omaava sairaanhoitaja oli käyttänyt muita sairaanhoitajia useammin virallista kielitulkkia ($p = 0,046$) ja kokenut kulttuurisista eroavaisuuksista aiheuttavat asiat vähemmän ongelmallisiksi omalla työpaikallaan ($p = 0,008$). Mitä positiivisemmat yleiset asenteet sairaanhoitajalla oli, sitä useammin hänellä oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävää ($p < 0,001$).

Muuttujien yhteyksistä voidaan todeta, että sairaanhoitajien yleisillä asenteilla oli tilastollisesti merkittävää riippuvuutta heidän kulttuurisen kompetenssin, kulttuurisen tahdon, oman arvion maahanmuuttajien kohtaamisen onnistumisesta ja omalla työpaikalla koetun ongelmallisuuden kanssa. Tutkimusmuuttujien ja taustamuuttujien tilastollista merkitsevyyttä on havainnollistettu taulukossa 8. Positiiviset yleiset asenteet omaavat sairaanhoitajat saavuttivat korkeamman kulttuurisen kompetenssin tason, heillä oli enemmän kulttuurista tahtoa ja he kokivat kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvan ongelmallisuuden omalla työpaikallaan muita sairaanhoitajia vähäisemmäksi.

TAULUKKO 8. Sairaanhoidajan yleisiin asenteisiin, kulttuuriseen kompetenssiin ja kulttuuriseen tahtoon yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät muuttujat (*p*-arvot).

Yhteydessä olevat muuttujat	Yleiset asenteet <i>p</i> -arvo	Kulttuurinen kompetenssi <i>p</i> -arvo	Kulttuurinen tahto <i>p</i> -arvo
Kulttuurinen kompetenssi	< 0,001***		
Yleiset asenteet		< 0,001***	< 0,001***
Ystävä toisesta kulttuurista	< 0,001***	< 0,001***	0,023*
Oma arvio maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta	0,001***	0,001***	0,002**
Olen joskus kokenut maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa kohtaamisen itseäni uhkaavaksi tilanteeksi			0,011*
Virallisen kielitulkin käyttö	0,046*	0,019*	0,048*
Kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvien asioiden ongelmallisuus omalla työpaikalla	0,008**	0,006**	0,001***
Testatun eron tai riippuvuuden sanotaan olevan:			
Tilastollisesti erittäin merkitsevä 0,1 %:n merkitsevyystasolla, jos $p \leq 0,001$			***
Tilastollisesti merkitsevä 1 %:n merkitsevyystasolla, jos $0,001 < p \leq 0,01$			**
Tilastollisesti merkitsevä 5 %:n merkitsevyystasolla, jos $0,01 < p \leq 0,05$			*

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimukselle hankittiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä. Tutkimusetiikan näkökulman mukaisesti perusajatuksena on, ettei tutkimuksella aiheuteta haittaa tutkimukseen osallistuville tai tutkimuksen kohderyhmänä oleville ja vielä hienompana päämääränä olisi, jos tutkimuksella pystyttäisiin tuottamaan hyvää kaikille osapuolille (Israel & Hay 2006).

Päivystyspoliklinikoilla työskentelevät sairaanhoitajat saivat sähköpostin, jonka sisältämässä saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksesta. Saatekirjeessä oli tutkijan ja tutkimuksen vastuuhenkilön yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Sairaanhoitajilla oli mahdollisuus avata sähköinen kyselylomake ja katsoa minkälaisia kysymyksiä se sisälsi. Tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluu vastaajien vapaaehtoisuuden ja yksityisyyden kunnioittaminen (Polit & Beck 2006). Tutkimukseen vastanneiden henkilöllisyys ei paljastunut tutkijalle eikä ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin niin, että tutkimuksen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistumisesta ei myöskään palkittu eikä siitä kieltäytymisestä aiheutunut minkäänlaista uhkaa. Tutkimuksen saatekirjeessä mainittiin, että vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja tulokset käsitellään luottamuksellisesti.

Tutkittaville selvitettiin saatekirjeessä tutkimuksen luonne ja selvitettiin että tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää sairaanhoitajien ammattitaidon kehittämiseen. Tutkimuksen luonteelle kuuluu lisäksi tutkittavien antamien vastausten kunnioittaminen (Polit & Beck 2006). Vastaajien oma kulttuuri, uskomukset ja tavat vaikuttavat osaltaan hänen asenteisiinsa ja vastauksiinsa. Jokaisen tutkimukseen osallistuvan sairaanhoitajan asenteiden kunnioittaminen kuuluu tämän tutkimuksen perusluonteeseen. Kenenkään vastaajan asenteita ei tässä tutkimuksessa käsitelty häntä loukkaavasti. Tutkimuksen aineiston analysointi ja raportointi suoritettiin rehellisesti.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksessa käytettyjen mittarien luotettavuutta on arvioitu tutkimuksen reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa Vilkan (2007) mukaan ”tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia”. Tutkimuksen reliabiliteetissä kiinnitetään huomiota erityisesti mittaukseen liittyviin asioihin. Reliabiliteettiin liittyy tutkimuksen tarkkuus, joka tarkoittaa sitä, että tutkimukseen ei sisälly satunnaisvirheitä. Reliabiliteetin tarkastelussa tulee ottaa huomioon vastausprosentti, datan virheetön syöttö, mittausvirheet

ja se edustaako otos perusjoukkoa. (Vilkkä 2007.) Tässä tutkimuksessa muuttujia koskevan tiedon syötön virheitä pystyttiin pienentämään niin, että tutkimuksessa käytettyä dataa ei tarvinnut manuaalisesti syöttää SPSS ohjelmaan, vaan se saatiin käyttövalmiina verkkokyselyn toteuttamiseen käytetystä Digium ohjelmasta. Tämän jälkeen muuttujia koskeva data tarkastettiin ja tyhjät vastauslomakkeet poistettiin. Muuttujien kategorioinnissa ja summamuuttujien muodostamisessa jouduttiin luonnollisesti käyttämään SPSS ohjelmaa muuttujien yhdistämiseen ja muokkaamiseen.

Vastaamattomuus aiheuttaa aina harhaa tuloksiin (Heikkilä 2008), mutta suuri kato ei ole välttämättä ongelma, ellei jokin tietty vastaajaryhmä jää kokonaan pois tai liian vähälle edustukselle (Metsämuuronen 2003). Tässä tutkimuksessa vastaajia oli kaikista ikäryhmistä ja molemmista sukupuolista. Ihmisten oletetaan yleisesti antavan tietoja sellaisista asioista, jotka he kokevat mielekkääksi tai oman elämänsä kannalta tärkeäksi (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002), joten mielenkiintoista olisi tietää mitä ajattelivat he, jotka jättivät vastaamatta.

Tutkimuksen validius määritellään yleensä mittarin (kyselylomakkeen) kyvyksi mitata sitä, mitä sen on oletettu mittaavan (Alkula ym. 2002, Vilkkä 2007). Validiteettiin vaikuttaa se, miten tutkija pystyy muuttamaan käsitteet kyselylomakkeelle niin, että vastaajat ymmärtäisivät kysymykset ja väittämät samalla tavalla (Alkula ym. 2002). Validiteettiin vaikuttaa käsitteiden arkikielelle muuttamisen lisäksi myös se, miten hyvin kyselylomakkeen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu ja sisältö on onnistunut (Vilkkä 2007).

Yksi validiuskysymys survey-tutkimuksessa on mahdollinen valehteleminen (Alkula ym. 2002). Tutkimuksen aihe saattaa olla vastaajalle arkaluontoinen, jolloin vastaaja saattaa systemaattisesti vastata niin, että hänen mahdolliset negatiiviset asenteet maahanmuuttajia kohtaan eivät tule ilmi. Valehtelu aiheuttaa usein vain satunnaisten tulosten vääristymistä ja selvittämällä samaa asiaa monen eri väittämän avulla saadaan tutkimus paremmin mittaamaan sitä, mitä sen tulisi mitata.

Sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta mittaria arvioitiin Cronbachin alfa - kertoimen avulla. Cronbachin alfa kulttuurisen kompetenssin mittarille oli 0,714. Cronbachin alfa yleisten asenteiden summamuuttujalle oli 0,711. Ongelmallisuutta omalla työpaikalla mittaavalle summamuuttujalle Cronbachin alfa oli 0,776. Cronbachin alfa - kertoimelle ei ole mitään yksiselitteistä raja-arvoa minkä yläpuolella lukeman tulisi tutkimuksessa olla, mutta luku voisi mielellään olla yli 0,7, vaikka joskus joudutaan tyytymään tätä alhaisempiin lukemiin (Alkula ym. 2002, Vilkkä 2007). Kyselylomakkeen väittämässä 30. oli ”tai” sanan tilalla virheellisesti ”ja” sana, joka on saattanut vaikuttaa vastaajan valitsemaan vaihtoehtoon. Sanavirhe ei tuloksia tarkastelemalla välttämättä aiheuttanut vääristyksiä sillä

vastaajista (n = 93) puolella (50 %) oli toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä ja vastaavasti 45 % vastaajista oli mukana vapaa-ajan toiminnassa, jossa kohtasi eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevia ihmisiä. Sanavirhe korjattiin lopulliseen kulttuurisen kompetenssin mittariin (liite 2).

Vastausten määrää on saattanut pienentää samanaikainen koko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin henkilöstöä koskeva kysely sekä se, että tutkimus käsittelee yhteiskunnallisesti ajankohtaista ja arkaluontoista aihetta, joka jakaa niin mielipiteitä kuin asenteita Suomessa asuvien ihmisten kesken.

Survey-tutkimuksen aineistoihin liittyy aina virheen riski (Alkula ym. 2002). Tulosten tulkinnalle ei strukturoidussa kyselylomakkeessa jää valtavasti tilaa eikä tuloksia voida täysin yleistää tämän tutkimuksen ulkopuolelle, mutta tutkimuksen kokonaisluotettavuutta lisää se, että tutkimus on suoritettu tieteellisen tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaisesti (Vilka 2007). Näihin vaatimuksiin kuuluu muun muassa se, että tutkimuksen tulee tuottaa jotain uutta ja että tutkimuksen perustana on käytetty teorioita ja teoreettisia käsitteitä. Tutkimuksesta tulisi olla myös hyötyä muille ja tutkija ei saa vääristellä tuloksia.

Tutkimuksen informaatioarvo ja luotettavuus kasvavat, jos tutkimustulokset ovat samansuuntaisia saman aihepiirin tutkimusten kanssa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajapotilaiden kohtaamisen liittyvä haasteellisuus nousi yhdeksi merkittäväksi johtopäätökseksi. Haasteellisuus liittyi kommunikointiin (kielimuuri) ja asenteisiin. Tehdyssä tutkimuksessa päädyttiin samantyyppisiin tuloksiin edellisten tutkimusten kanssa muun muassa seuraavanlaisissa asioissa: stereotyyppistä ajattelua ja oman kulttuurin painottamista (etnosentrisyyttä) koskevat tulokset (ks. Michaelson ym. 2004), maahanmuuttajista saadun tiedon alkuperä (ks. Michaelson ym. 2004), muista kulttuureista tulevan ystävän positiivinen vaikutus (ks. Sainola-Rodriguez 2009) ja kulttuurien eroavaisuuksista johtuva ongelmallisuus, joista erityisesti mainittakoon kommunikaation haasteellisuus (ks. Festini ym. 2009, Hultsjö & Hjelm 2005, Michaelson ym. 2004, Ozolin & Hjelm 2003).

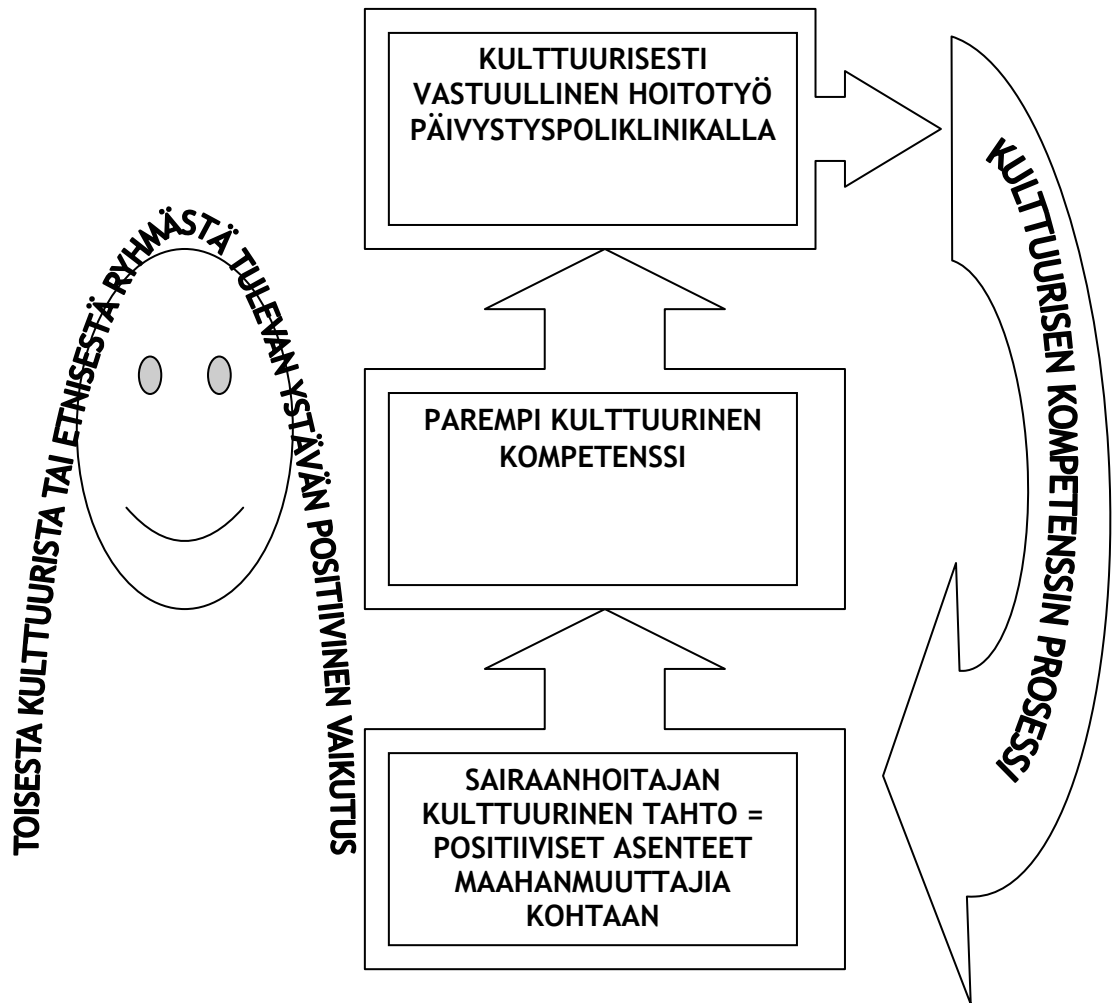
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen perusteella maahanmuuttajien kohtaaminen HUS:n päivystyspoliklinikoilla on haastavaa ja kohtaamiseen liittyy useasti konfliktitilanteita. Kulttuuri on usein mukana konfliktitilanteissa. Kulttuurisen kompetenssin omaava sairaanhoitaja ymmärtää kulttuurin vaikutuksen konfliktitilanteissa ja pystyy käyttämään ongelmanratkaisuprosessia omana oppimista edistävänä tilanteena. Tässä tutkimuksessa lähes 75 % sairaanhoitajista kohtasi maahanmuuttajia hoitotyössä viikoittain ja Helsingin, Vantaan ja Espoon

päivystyspoliklinikoilla maahanmuuttajia kohdattiin muun Uudenmaan päivystyspoliklinikoita useammin. Kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet sairaanhoitajat puhuivat äidinkielekseen suomea tai ruotsia. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien kokemukset maahanmuuttajien kohtaamisesta olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa, joten kielen ymmärtäminen, tulkkaukseen liittyvät ongelmat ja maahanmuuttajapotilaiden omaisten lukumäärä olivat sairaanhoitajien mielestä usein ongelmia aiheuttavia tilanteita.

Sairaanhoitajien asenteita tarkasteltiin kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien asenteet muuttuvat maahanmuuttajia kohtaan sitä positiivisemmiksi mitä korkeammaksi heidän kulttuurisen kompetenssin ja kulttuurisen tahdon tasonsa yltää. Kulttuurisen kompetenssin prosessin tulisi olla osa sairaanhoitajien jokapäiväistä työtä ja ammatillista kehittymistä. Tehdyssä tutkimuksessa korkeampi kulttuurinen tahto oli yhteydessä positiivisempiin asenteisiin maahanmuuttajia kohtaan. Tämän tuloksen perusteella voidaan päätellä, että korkean kulttuurisen tahdon omaavalla sairaanhoitajalla on hyvät edellytykset kulttuurisesti vastuullisen hoidon toteuttamiseen. Tämän tutkimuksen tuloksia on kartoitettu kuviossa 11. Kuvio havainnollistaa kulttuurisen tahdon, positiivisten asenteiden ja ystävyyden merkitystä kulttuurisen kompetenssin prosessissa. Kulttuurisen ystävyyden merkitystä kulttuurisen kompetenssin arvosanoihin ei tule vähätellä, sillä eri kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tulevan ystävän omaavat sairaanhoitajat saivat kulttuurisen kompetenssin keskiarvoksi 7,3. Muut sairaanhoitajat saivat keskiarvoksi 6,6.

Sairaanhoitajilla oli tämän tutkimuksen mukaan halua oppia toisista kulttuureista. Noin 90 % vastaajista ilmoitti olevansa halukas oppimaan toisista kulttuureista ja 40 % oli etsinyt tietoutta ja koulutusta omatoimisesti. Sairaanhoitajat, joilla oli ystävä toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä, olivat muita vastaajia oma-aloitteisempia etsimään tietoutta ja koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa. Suurella osalla sairaanhoitajista oli tietoisuus omista ennakkoluuloisista asenteistaan. Vaikka muualta tulevien ihmisten muuttoa pidettiin yleisesti hyvänä asiana, niin suurella osalla sairaanhoitajista esiintyi stereotyyppisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan. Stereotyyppiset ja ennakkoluuloiset asenteet liittyvät monesti ”me ja muut” jaotteluun ja vääristävät usein totuutta. Stereotyyppisiä asenteita ilmenee yhteiskunnassamme paljon, mutta ne saattavat olla haitallisia terveydenhuollossa, jossa terveydenhuollon palveluja tuottavat organisaatiot pyrkivät potilaslähtöiseen ja potilasturvalliseen hoitoon.



KUVIO 11. Kulttuurisen tahdon, positiivisten asenteiden ja ystävyyden merkitys kulttuurisen kompetenssin prosessissa.

Suurin osa tähän tutkimukseen vastanneista sairaanhoitajista arvosti kulttuuristen asioiden huomioimista jokaisen potilaan kohdalla. Suurin osa maahanmuuttajista saadusta tietoudesta tuli potilaskontaktien ja median kautta. Potilaskontaktit ovat suoria kohtaamisia, jotka usein parhaiten muokkaavat käsityksiä kyseisen ryhmän jäsenistä ja estävät näin ennakkoluuloisten asenteiden ilmaantumista. Media on vahva vaikuttaja, joka ei aina välttämättä tue monikulttuurista tai monimuotoista näkökulmaa. Terveystieteiden tutkimuskeskusten organisaatioilla on

mahdollisuus käyttää mediaa arvopohjansa tukena esimerkiksi tukemalla sen avulla monimuotoisuutta organisaatiossaan. Voiman (2007) mukaan terveydenhuollon palveluja tarjoavilla organisaatioilla on myös mahdollisuus vaikuttaa henkilöstönsä kulttuurisen osaamisen lisääntymiseen ja ennakoasenteiden lievenemiseen palkkaamalla maahanmuuttajia organisaatioonsa. Henkilökunnan etnisen monimuotoisuuden tärkeyttä korostaa myös Yhdysvalloissa tehty raportti, jonka mukaan henkilökunnan suurempi etninen monimuotoisuus johtaa koko kansan laadukkaampaan terveydenhuoltoon (Institute of Medicine, 2004). Avarakatseisuus ja monimuotoisuus työpaikoilla sekä syrjinnän vastaiseen toimintaan sitoutuminen voisivat olla terveydenhuollon palveluja tarjoavien organisaatioiden pää tavoitteita. Terveydenhuollon palveluja tarjoavat organisaatiot voisivat roolimallin ominaisuudessa liittyä kansallisiin syrjinnänvastaisiin toimintaohjelmiin ja hankkeisiin. Ohjelmien tarkoituksena on yhdenvertaisuuden ja monimuotoisuuden jalkauttaminen organisaation eri tasoille ja kaikkeen sen toimintaan. Hankkeilla on yleensä omat logonsa, joita käytetään usein organisaation julkaisuissa valistamaan kansalaisia siitä, että kyseiseen hankkeeseen sitoutunut organisaatio toimii kaikessa toiminnassaan vastuullisesti ja syrjimättömästi niin työntekijöitään, asiakkaitaan kuin yhteistyökumppaneitaan kohtaan.

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien oma arvio maahanmuuttajapotilaiden kohtaamisen onnistumisesta heijasti vastaajien omaa näkemystä ja sillä oli tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaajien kulttuurisen kompetenssin tason kanssa. Myös Sainola-Rodriguezin (2009) tutkimuksessa kulttuurisia taitoja arvioitiin sekä hoitajien että maahanmuuttajien taholta ja siinä tutkimuksessa hoitohenkilöstö yliarvioi taitojaan erityisesti viestinnän ja toiminnan osa-alueella. Edellisen perusteella voidaan olettaa, että myös tämän tutkimuksen omat arviot ovat todensuuntaisia mutta mahdollisesti hieman yliarvioituja. Suurin osa sairaanhoitajista arvioi maahanmuuttajien kohtaamisen onnistuvan kohtalaisesti tai hyvin. Tässä tutkimuksessa, ne sairaanhoitajat jotka olivat kokeneet oman maahanmuuttajien kohtaamisen enemmän onnistuneeksi, omasivat myös paremmat yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ja saivat paremmat pisteet niin kulttuurisen tahdon osa-alueella kuin kulttuurisen kompetenssin kokonaispisteissä. Sairaanhoitajat Espoossa, Helsingissä ja Vantaalla onnistuivat oman arvionsa mukaan maahanmuuttajien kohtaamisessa hieman paremmin kuin sairaanhoitajat muun Uudenmaan alueella. Espoossa, Helsingissä ja Vantaalla myös kohdattiin maahanmuuttajia huomattavasti useammin kuin muun Uudenmaan sairaaloissa. Sairaanhoitajat kokivat maahanmuuttajapotilaiden omaisten kohtaamisen vaikeampana kuin suomalaisten. Suurin osa sairaanhoitajista oli kokenut maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa äänekään käyttäytymisen häiritsevän päivystyspoliklinikan muita potilaita tai henkilökuntaa. Reilusti alle puolet sairaanhoitajista oli kokenut maahanmuuttajapotilaiden tai heidän omaistensa käyttäytymisen heitä uhkaavaksi tilanteeksi. Äänekäs käyttäytyminen ja uhkatilanteiden kokeminen eivät varmaankaan päivystyksessä rajoitu pelkästään

maahanmuuttajien kohtaamiseen vaan sitä tapahtuu todennäköisesti myös kantaväestöä kohdatessa.

Kulttuurien eroavaisuuksista johtuvien konfliktitilanteiden pahenemista on mahdollista ehkäistä kulttuurierojen tunnistamisella ja potilaan mielipiteen huomioimisella. Potilaan ja hänen omaistensa hyväksyminen täysipainoiseksi hoitotiimin jäseneksi saattaisi osaltaan ehkäistä konfliktien esiintymistä ja pahenemista. Maahanmuuttajapotilaiden kohtaaminen on tämän tutkimuksen mukaan erittäin haastavaa ja kohtaamisen onnistumiseen katsotaan yleisesti vaikuttavan molempien osapuolten kulttuurinen kompetenssi sekä asenteet. Sairaanhoidajan on helpompi kohdata maahanmuuttajapotilas, jos hänellä on tietoa yleisimmistä kulttuurien eroavaisuuksista, kuten erilaiset maailmankuvat, ihmiskäsitykset, yhteisöllisyys, yksilöllisyys, valtasuhteet, aikakäsitykset, vuorovaikutukseen liittyvät asiat ja sairauten ja terveyteen liittyvät uskomukset. Kulttuurisesti vastuullinen hoitotyö huomioi edellä mainittujen asioiden lisäksi vielä kommunikaatioon ja kielen ymmärtämiseen liittyvät tekijät

Kolmenkymmenen yhden maan kattavassa tutkimuksessa vain kuusi maata oli asettanut kielitaitovaatimukset yhtä tiukasti kuin Suomi (MIPEX 2011). Honkasalon (2007) mukaan Suomessa ilmenee rakenteellista rasismia siinä muodossa, että maahanmuuttajalta vaaditaan täydellistä suomen kielen taitoa työpaikan saamiseksi. Kielitaidosta tehdään näin yksi tekosyy, jolla selitetään maahanmuuttajataustaisten ihmisten integraatiota. Hänen mukaansa valtaväestön asenteellisuudesta kertoo myös se, että vain 52 % suomalaisista kannattaa maahanmuuttajien tasavertaisia sosiaalisia oikeuksia ja hieman alle puolet jakaisi väestön ”meihin ja muihin”.

Sairaanhoidaja kommunikoi potilaiden ja työkavereiden kanssa muun muassa yhteisen kielen avulla. Tässä tutkimuksessa suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että heikon kielitaidon (suomi tai ruotsi) omaava sairaanhoidaja ei pysty turvallisesti hoitamaan potilaita päivystyspoliklinikalla. Korkeamman kulttuurisen kompetenssin saavuttaneet sairaanhoidajat eivät korostaneet kielen osaamisen tärkeyttä yhtä paljon kuin matalamman kulttuurisen kompetenssin omaavat sairaanhoidajat. Kielen osaamisen korostamisessa on vaaransa. On selvää että sairaanhoidajan täytyy osata paikallista kieltä, ammattikieltä ja jopa ammattislangia, mutta täydellinen kielen osaaminen saattaa joihinkin sairaanhoidajien tehtäviin olla liian suuri vaatimus, sillä eihän sellaista vaadita keneltäkään sairaanhoidajilta. Verbaalinen kommunikaatio on vain osa kommunikaatiota ja painoarvo sairaanhoidajan osaamisessa tulisi kiinnittää sairaanhoidajan työn osaamiseen.

Tässä tutkimuksessa sairaanhoidajien yleiset asenteet maahanmuuttoa ja syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta kohtaan olivat enemmän positiivisia kuin negatiivisia. Sairaanhoidajien

yleisten asenteiden summamuuttujassa vastaajista yli puolet (54 %) sai kouluarvosanaksi 8 tai enemmän. Koko väestön asenteisiin vaikuttavat usein monet tekijät, joista esimerkkinä mainittakoon taloudellinen tilanne ja poliittinen ilmapiiri. Asenteet taloudellisessa taantumassa yleensä jyrkentyvät. Terveystenhuoltopalveluja tarjoavien organisaatioiden arvot ja visiot noudattavat yleisesti tasa-arvoista, syrjinnän vastaista ja kaikkia ihmisiä huomioivaa lähestymistapaa. Terveystenhuollon palveluja tarjoavien organisaatioiden arvot ja visiot eivät vaihtelee taloudellisen tilanteen mukaan.

Syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuudesta voidaan tämän tutkimuksen mukaan tehdä johtopäätöksiä, että syrjintää esiintyy myös sairaanhoitajien näkökulmasta katsottuna. Johtopäätöksiä tukevat tämän tutkimuksen tulokset (54 % vastaajista tässä tutkimuksessa halusi suomeen tehokkaampia syrjinnän vastaisia toimia) ja se, että etninen tai kansallinen alkuperä tai kansalaisuus oli yksi yleisimmistä syrjintäperusteista suomessa tapahtuvissa työsyryntätapauksissa (Aaltonen M., Joronen M. & Villa S. 2009). Lisäksi noin 70 % suomalaisista arvelee työpaikoilla esiintyvän laajalle levinnyttä, etnisyyteen perustuvaa syrjintää ja lähes sama määrä haluaisi tehokkaampia syrjinnän vastaisia toimenpiteitä (MIPEX 2007). Saman tutkimuksen mukaan suuri osa suomalaisista (81 %) on sitä mieltä, että erilaisuus rikastuttaa yhteiskuntaa. Terveystenhuollon henkilökunnan poliittisesti korrekki käyttäytyminen ja suvaitsevaisuus ovat ensimmäinen askel kohti syrjimätöntä toimintaa, mutta vasta muutos ihmisten mielessä ja asenteissa vie tasa-arvoisuuden entistä korkeammalle tasolle. Terveystenhuollon ammattilaisen on mahdoton tietää kaikista maailman kulttuureista, eikä se ole edes välttämätön edellytys hyvälle kulttuurilähtöiselle hoitotyölle. Toisesta kulttuurista tulevan ihmisen kohtaamiseen Carballeria (1996) suosittelee vierailijan roolin ottamista, jotta vältettäisiin oman kulttuurin liiallista painottamista. Vierailijan roolin ottaminen ja toisen ihmisen arvostaminen ovat tärkeitä elementtejä kulttuurien välisessä vuorovaikutuksessa. Jos terveystenhuollon ammattilainen ei aidosti arvosta tai hyväksy paikallista väestöä, niin hänen on erittäin vaikea ymmärtää paikallisen väestöön kuuluvia ihmisiä (Campinha-Bacote 2007). Oikeat ja vilpittömät asenteet tulevat ihmisten sydäimestä ja mahdollistavat hyvän yhteistyön kaikkien ihmisten välillä.

Yksittäisellä sairaanhoitajalla ja koko työyhteisöllä on mahdollisuus halutessaan ja organisaation tuen turvin muuttaa työpaikan käytäntöjä ja toimintaa kulttuurisesti vastuullisemmaksi. Sairaanhoitajat ovat eettisten ohjeistuksien mukaan (ICN 2006, Sairaanhoitajaliitto 1996) vastuussa siitä, ettei syrjintää, negatiivisia asenteita tai epäinhimillistä kohtelua esiinny terveystenhuollon parissa. Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajat ovat avainasemassa, koska he toimivat terveystenhuollon etulinjassa ja kohtaavat monista erilaisista olosuhteista tulevia ihmisiä. Päivystyspoliklinikalla työskentelevä henkilökunta on tulevaisuudessa etulinjassa myös muissa maahanmuuttajia koskeissa asioissa. Yksi tällainen asia voi olla äkillisesti sairastuneiden laittomien maahanmuuttajien

hoito. Henkilökunta joutuu tulevaisuudessa pohtimaan laittomien maahanmuuttajien hoitoa koskevia asioita. Tällaisen potilasryhmän hoitoon liittyy tiiviisti eettinen pohdinta ja terveydenhuollon ammattilaisen eettinen osaaminen, sekä sen soveltaminen käytännössä. Suomessa laittomien maahanmuuttajien määrä on vielä pieni, arvioiden mukaan vain muutama tuhat, mutta lukumäärä saattaa nousta lisääntyvän muuttoliikkeen jatkuessa. Yhdysvalloissa laittomia maahanmuuttajia on arvioiden mukaan jo noin 3,2 % väestöstä (Grim & Wells 2009). Suomen väkilukuun suhteutettuna luku vastaisi yli 150 000 ihmistä, joten Yhdysvalloissa terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat paperittomia ja sairastuvakautuksettomia maahanmuuttajia päivystyspoliklinikoilla jo paljon suomalaisia kollegoitansa useammin.

Enemmistö tähän tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista oli kulttuurisesti valveutuneita. Kulttuurisesti valveutunut henkilö tunnistaa kulttuuristen asioiden tärkeyden, mutta ei vielä ole saavuttanut kulttuurisen kompetenssin pätevää tai erityisosaaajan tasoa. Tämän tutkimuksen mukaan kulttuurisia erityisosaaajia löytyy sairaanhoitajien keskuudesta vielä erittäin vähän, mutta noin neljäsosalla sairaanhoitajista on jo hyvät kulttuurisen kompetenssin lähtökohdat. Hyvistä lähtökohdista todistaa sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin kouluarvosana kahdeksan tai enemmän. Kouluarvosanoja tärkeämpää on sairaanhoitajien kulttuurinen tahto ja heidän myötätuntoinen asenne kaikkia potilaita kohtaan. Kulttuurinen tahto kasvattaa sairaanhoitajan kulttuurisen kompetenssin tasoa ja edesauttaa näin hänen jatkuvaa ammatillista kasvua.

Kulttuurisen kompetenssin tasolla on yhteys asenteisiin ja ne yhdessä vaikuttavat hoitotyön laatuun (Campinha-Bacote 2007). Kulttuurisesti kompetentti hoitotyö huomioi potilaan ja työntekijän kulttuurit sekä muut hoidon toteuttamiseen vaikuttavat resurssit. Kulttuurisesti kompetentti hoitotyö ei ole sitä, että kaikkia kohdellaan samalla tavalla, vaan potilaan kulttuuria kunnioitetaan, arvostetaan ja se otetaan huomioon hoitotyötä koskevissa yhteisissä päätöksissä. Purnell (2002) toteaa, ettei yksikään kulttuuri ole parempi kuin toinen vaan ne ovat erilaisia ja usein ihmiset tuntevat kuuluvansa jopa useaan kulttuuriseen ryhmään. Korkeammalla kulttuurisella kompetenssilla voidaan parantaa kulttuurien välistä vuorovaikutusta ja näin vaikuttaa eri kulttuureista tulevien potilaiden potilasturvallisuuteen.

Virkin (1999) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin vahvimpana osa-alueena oli kulttuurinen tietoisuus. Myös tässä tutkimuksessa kulttuurinen tietoisuus oli vahvin osa-alue. Tämän tutkimuksen kulttuurista kompetenssia mittaavassa osiossa kulttuurista tietoisuutta kartoitettiin ainoastaan kahdella väittämällä ja näissä väittämissä keskityttiin omien ennakkoluuloisten asenteiden tunnistamiseen sekä siihen, kuinka luontevalta kulttuuriin ja etnisyyteen liittyvien kysymysten tekeminen maahanmuuttajapotilaille tuntui. Oman kulttuurisen taustan ymmärtäminen ja sisäistäminen

ovat monesti ensimmäinen askel kohti kulttuurista tietoisuutta. Syvemmin tarkasteltuna kulttuurinen tietoisuus käsittää edellisten lisäksi vielä omien sekä ammatillisten arvojen, uskomusten ja käyttäytymisen painottamisen välttämisen. Etnosentrismä eli ryhmäkeskeisyyttä tai oman kulttuurin painottamista kartoitettiin tässä tutkimuksessa tarkemmin yhdessä kulttuurista tahtoa mittaavassa väittämässä (väittämä 23) ja kulttuurisen kompetenssin mittarin ulkopuolella olevissa väittämässä (väittämät 34 ja 45). Näiden väittämien vastauksia tarkastellessa sairaanhoitajilla ilmeni jonkin verran suomalaisen hoitokulttuurin painottamista ja ryhmäkeskeisyyttä. Parfittin (1998) mukaan omaa kulttuuria painottava sairaanhoitaja ei pysty tarkasti tulkitsemaan potilaan käyttäytymistä, sillä hän arvioi sitä omien normiensa ja oman käyttäytymisen näkökulmasta. Oman hoitokulttuurin painottaminen saattaa johtua osin siitä, että vaihtoehtoisia näkökulmia tai hoitomenetelmiä ei ole luovasti ja innovatiivisesti vielä mietitty (Sainola-Rodriguez 2009). Sairaanhoitajien transnationaalista osaamista mittavassa tutkimuksessa maahanmuuttajien ja omahoitajien arviot omasta luovasta osaamisesta eivät olleet kovinkaan hyviä (Sainola-Rodriguez 2009). Omasta kulttuurisesta taustasta ja perimästä tulee jokaisen olla ylpeä, mutta liiallinen oman kulttuurin painottaminen saattaa johtaa muiden kulttuurien alistamiseen tai syrjivään käyttäytymiseen. Eri kulttuurista tulevat ihmiset pystyvät halutessaan elämään sopusoinnussa sovitujen pelisääntöjen mukaan. Pelisääntöjä luodessa tulisi kuunnella myös vähemmistökulttuurien edustajien mielipidettä ja muodostaa pelisäännöt yhdessä.

6.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Tehdyn tutkimuksen tulokset antavat yleiskuvan HUS:n päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien asenteista maahanmuuttajia kohtaan. Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi pohdittaessa, mikä vaikutus terveydenhuollon ammattilaisten ja koko organisaation asenteilla ja kulttuurisella kompetenssilla on potilasturvallisuuteen. Voidaan myös miettiä millaisilla asenteilla, ohjeistuksilla ja työskentelymalleilla kulttuurisesti vastuullista hoitoa pystytään toteuttamaan. Maahanmuuttajapotilaita työssään kohtaavat sairaanhoitajat voivat kartoittaa omaa kulttuurisen kompetenssin tasoaan tämän tutkimuksen mittarilla joka löytyy liitteestä 2. Sairaanhoitajilla on mahdollisuus mittarin tulosten perusteella miettiä omia asenteitaan ja selvittää henkilökohtaisen koulutuksen tarvetta. Oman kulttuurisen kompetenssin prosessin voi aloittaa omatoimisesti esimerkiksi opiskelemalla toisista kulttuureista joko internetin, kirjallisuuden, dokumenttien tai elokuvien avulla. Vieraista kulttuureista opiskelun lisäksi sairaanhoitajan tulisi kohdata vieraista kulttuurista tulevia ihmisiä. On tärkeää kohdata vieraista kulttuureista tulevia ihmisiä työkavereina, potilaina ja vapaa-ajan toiminnassa. Monipuolinen kohtaaminen muokkaa parhaiten omia käsityksiä vieraista kulttuureista tulevia ihmisiä kohtaan ja ehkäisee ennakkoluuloisten asenteiden ilmaantumista (Campinha-Bacote 2007).

Kulttuurisen kompetenssin ja erityisesti kulttuurisen tietoisuuden kasvattaminen on yksi keino stereotyyppistä ajattelua vastaan ja kohti erilaisuuden hyväksymistä ja eri kulttuurit huomioivaa terveydenhuoltoa. Kulttuurista tietoisuutta voidaan Pedersenin (1988) mukaan kasvattaa ja stimuloida roolipelien, simulaatioharjoitteiden, paneelikeskusteluiden, audio-visuaalisten esitysten ja ohjattujen itseopiskeluiden avulla. Myönteisiin asenteisiin pääseminen vaatii sairaanhoitajalta oman kulttuurisen taustan ymmärtämisen lisäksi ensisijaisesti omien ennakkoluulojen tunnistamista ja tahtoa itsensä kehittämiseen sekä organisaation, yhteiskunnan ja median tukea. Purnelin (2002) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten ennakkoluuloisia asenteita voidaan minimoida kulttuuristen asioiden ymmärtämisellä ja sisäistämällä. Käytännössä kulttuuristen asioiden ymmärtäminen ja sisäistäminen tulisi aloittaa suvaitsevaisuuden harjoittamisella ja omien ennakkoluulojen tunnistamisella. Suvaitsevaisuudesta siirrytään itsetutkiskelun ja omien ennakkoluuloisten asenteiden kyseenalaistamisen kautta kohti erilaisuuden hyväksymistä. Prosessi vaatii yksilöltä opiskelua, erilaisuuden kohtaamista ja maailmankuvan avartamista, mutta johtaa parhaimmillaan oman itsetunnon kasvuun ja identiteetin vahvistumiseen.

Tehdyn tutkimuksen mukaan terveydenhuollon työntekijän eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevilla ystävillä oli positiivinen vaikutus sairaanhoitajan asenteisiin. Ystävyyssuhteet olivat yhdistävänä tekijänä myös korkean transnationaalisen tason saavuttaneilla terveydenhuollon ammattilaisilla Sainola-Rodriguezin (2009) tutkimuksessa. Tehdyssä tutkimuksessa ystävyyssuhteita oli kaksi kertaa enemmän pääkaupunkiseudulla työskentelevillä sairaanhoitajilla kuin muun Uudenmaan sairaanhoitajilla. Ystävyyden merkitys voi olla tärkeää, kun mietitään kulttuurisen kompetenssin parantamiskeinoja työyhteisössä. Tämän tutkimuksen tulokset tulisi ottaa huomioon suunnitellessa uuden työvoiman rekrytointia. Tulisiko terveydenhuollon organisaatioiden tukea monimuotoisuutta rekrytoimalla henkilökuntaa eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä entistä enemmän ja täten mahdollistaa henkilökunnan tasavertainen kulttuurinen kohtaaminen? Vai keskityttäisiinkö kulttuurisissa asioissa pelkästään henkilökunnan koulutukselliseen puoleen? Lisääntyvä kulttuurinen kohtaaminen, henkilökunnan kulttuurinen koulutus ja syrjinnän vastaiset toimet vaikuttavat varmasti kaikki positiivisesti henkilökunnan kulttuurisen kompetenssin kasvuun. Terveydenhuollon yksiköiden tulisi pohtia yksikkökohtaisesti millä metodilla kulttuurisen kompetenssin kasvattamisen prosessi olisi luonnollisinta aloittaa. Kulttuurisen kompetenssin kasvua edesauttaisi myös se, että eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevat sairaanhoitajat, muu henkilökunta ja palveluiden käyttäjät pääsisivät yhdessä muokkaamaan ja kehittämään niin henkilökunnan koulutusta koskevia asioita kuin potilaiden hoitoa koskevia ohjeistuksia, tietopankkeja ja toimintamalleja.

Henkilökunnan kulttuurisen kompetenssin parantamisella pyritään usein nostamaan hoidon laadun tasoa. Hoitotyö jossa kaikki potilaat hoidetaan samalla tavalla, ei ehkä ole paras

lähestymistapa monimuotoisessa ja monikulttuurisessa ympäristössä. Potilaan kulttuurisen taustan huomiointi on tärkeä edellytys laadukkaalle hoitotyölle. Kulttuurisen taustan huomioimisen lisäksi tarvitaan oikeudenmukaisia asenteita ilmiöitä kohtaan, jotka liittyvät läheisesti monimuotoiseen yhteiskuntaan. On tärkeää muistaa, ettei etnisyyden tai kulttuurisen taustan taakse kätketä toimintaa, joka on toista ihmistä alentavaa tai syrjivää. Etnisyyden ja kulttuurin taakse kätkeytyvästä syrjivästä toiminnasta yhtenä esimerkkinä on maahanmuuttajanaisiin kohdistuva väkivalta, joka Kyllönen-Saarnion & Nurmen (2005) mukaan tulee harvoin viranomaisten tietoon sen vuoksi, että väkivallan kohteena olevat pelkäävät seurauksia. Maahanmuuttajanaisiin kohdistuvaa väkivaltaa käsittelevän raportin mukaan väkivallan tekijöinä olivat useimmissa tapauksissa uhrin nykyinen tai entinen puoliso (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005). Noin puolessa tapauksissa tekijöinä olivat suomalaiset ja toisessa puolessa maahanmuuttajataustaiset. Väkivallan uhrin olivat taustoiltaan monesta kymmenestä eri maasta eikä väkivalta kohdistunut mitenkään jonkin tietyn uskonnollisen, kulttuurisen tai etnisen ryhmän edustajiin (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005). Tindale (2006) on huolissaan musliminaisiin kohdistuvasta väkivallasta. Hän identifioi itsensä musliminaiseksi ja työskentelee päivystyspoliklinikan osastonhoitajana monikulttuurisella alueella Länsi-Yorkshiressä. Hän korostaa musliminaisiin kohdistuvan väkivallan olevan vakava kansalaisten terveyttä uhkaava asia, josta harvoin raportoidaan terveydenhuollon ammattilaisille. Lisäksi hän painottaa, että vaikka vain pieni vähemmistö muslimista olisi väkivaltaisen käytöksen takana, aiheutuu siitä suuri vaiva väkivallan uhreille. Hänen mukaansa päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien tulee suhtautua kaikkeen väkivaltaiseen käyttäytymiseen samalla tavalla, eikä minkäänlaista väkivaltaista käytöstä saisi piilottaa kulttuurin, uskonnon tai etnisen taustan taakse.

Kulttuurinen kompetenssi käsittää monenlaista osaamista, tietoa, taitoa ja kohtaamisen harjoittelua. Kaikki eivät välttämättä koskaan saavuta erittäin korkeaa kulttuurista kompetenssia, mutta kaikilla on mahdollisuus parantaa omaa tasoaan, harjoittelemalla siihen liittyviä taitoja. Näitä taitoja ovat kulttuurien tuntemuksen lisäksi esimerkiksi kohtaamistaidot, vuorovaikutustaidot ja tiimityötaidot. Sairaanhoitajan on mahdoton tietää kaikista maailman kulttuureista, mutta asettamalla kulttuuria ja etnisyyttä koskevat asiat yksiköihin osana päivittäistä toimintaa ja keskittymällä sairaanhoitajan työlle keskeisten ja tärkeiden taitojen harjoitteluun niin ammattiin valmistavan koulutuksen aikana kuin työelämässä saavutetaan varmasti positiivisia tuloksia. Paakkosen (2008) mukaan päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien koulutuksessa tulisi keskittyä tilanneosaamisen, tilannejohtamisen, patofysiologian ja hoidontarpeen arvion oppimiseen. Edellä mainittujen taitojen osaaminen vaatii myös kulttuurista kompetenssia ja näiden taitojen harjoitteluun tulisi sisällyttää myös siihen tarvittava osaaminen.

Sairaanhoitaja voi aloittaa kulttuurisen kompetenssin parantamisen niin, että välttää omien uskomusten ja toimintatapojen liiallista painottamista tehdessään yhteistyötä eri kulttuurista tulevan potilaan kanssa. Vuorovaikutustilannetta tulisi hyödyntää molemminpuolisena oppimistilanteena. Kulttuurinen tieto kasvaa opiskelemalla asioita eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Oman tiedon laajentaminen voi aluksi painottua terveystieteisiin uskomuksiin, erilaisiin maailmankuviin, etniseen farmakologiaan, eri etnisten ryhmien biologiin eroavaisuuksiin ja tautien esiintyvyyksiin eri etnisten ryhmien keskuudessa. Sairaanhoitajalla on mahdollisuus parantaa omaa kulttuurista tietoaan lisäksi siten, että yrittää vuorovaikutuksen aikana tunnistaa eri kulttuurista tulevan potilaan kommunikaatiotavan. Tunnistamisessa tarkkaillaan sitä miten potilas tuo kulttuuriset asiat esille ja kuinka hän niitä painottaa. Potilaan kommunikaatiotavan tunnistamisen jälkeen sairaanhoitaja pystyy paremmin suunnittelemaan omaa vuorovaikutustaan potilaan kanssa. Vuorovaikutuksen suunnittelussa kannattaa miettiä miten kulttuuriset asiat tuotaisiin esille ja miten niitä pystyttäisiin toteuttamaan hoitotyössä. Kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen liittyy läheisesti myös kielitulkin kanssa työskentely. Kielitulkin kanssa työskentelyn perusteita olisi hyvä kerrata aina ennen tulkin käyttöä. Kielitulkin oikeaoppinen käyttö nousee sairaanhoitajan näkökulmasta erityisasemaan silloin, kun tulkkajana on joku muu kuin virallinen kielitulkki. Tällaisissa tapauksissa sairaanhoitajan tulisi kertoa tulkkajalle henkilölle miten hänen tulisi tulkkauksen aikana toimia. Tähän tutkimukseen perustuva ja tulkin käyttöön liittyvä opinnäytetyö on jo aloitettu kahden Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijan toimesta. Opinnäytteessä perehdytään tulkin oikeaoppiseen käyttöön ja tarkoituksena on luoda opas kyseisestä aiheesta päivystyspoliklinikan henkilökunnalle.

Yhtenäisten päivystyshoidon perusteiden (STM 2010) mukaan toimivassa päivystystoiminnassa tulisi hyödyntää kaikkien päivystyksessä työskentelevien ammattilaisten erikoisosaamista ja noudattaa työntekijöiden osaamisen mukaista työnjakoa sekä painottaa tiimityön toimivuutta. Jos sairaanhoitajien peruskoulutus ei anna riittäviä kulttuurisia valmiuksia, eikä jokaisella työvuorossa olevalla sairaanhoitajalla ole korkeaa kulttuurista kompetenssia, niin ryhmätyön malli saattaisi parantaa päivystyspoliklinikan tarjoamaa kulttuurisesti vastuullista hoitoa. Mitä vahvempaa tiimityötä akuuttihoitossa tehdään, niin sitä vähemmän potilaan hoitoa koskevia unohduksia tapahtuu (Kalisch & Lee 2010). Ryhmätyön mallilla terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurinen osaaminen jakautuisi tasaisemmin kaikkien potilaiden kesken. Lisäksi tiimityön on yleisesti katsottu parantavan potilasturvallisuutta ja henkilökunnan työtyytyväisyyttä.

Jatkotutkimusaiheita voisi löytyä tämän tutkimuksen osa-alueiden syvemmästä tutkimisesta. Sainola-Rodriguezin (2009) mukaan kulttuurisella koulutuksella ei ollut vaikutusta hoitajien transnationaalisen osaamisen tasoon, mutta korkean transnationaalisen tason saavuttaneilla hoitajilla oli muista kulttuureista tulevia ystäviä. Myös tämän tutkimuksen mukaan

ystävyydellä oli yhteyttä korkeaan kulttuuriseen kompetenssiin. Olisi laajemmin mielenkiintoista selvittää, mikä merkitys kulttuurien välisillä henkilökohtaisilla suhteilla on asenteisiin. Ennakkoluuloisten asenteiden vaikutus potilasturvallisuuteen ja potilaiden kokemaan hoitoon päivystyksessä olisi toinen mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

Lopuksi voidaan todeta, että kulttuurisen kompetenssin prosessissa ja positiivisten asenteiden tavoittelussa on haasteita niin sairaanhoitajille kuin koko terveydenhuollon organisaatiolle. Oman kulttuurisen taustan selvittäminen ja omien asenteiden kriittinen tarkastelu avaavat usein portin kulttuurisen kompetenssin prosessissa. Kulttuurinen kompetenssi paranee opiskelemalla, kohtaamalla ja harjoittelemalla. Kompetenssin laajentuessa myös asenteet eri kulttuureista tulevia ihmisiä kohtaan muuttuvat positiivisemmiksi. On hyvä muistaa, että jokainen potilas on apua tarvitseva ihminen, jonka tarpeisiin terveydenhuollon henkilökunnan tulisi vastata myötätuntoisella asenteella. On tärkeää tiedostaa, että jokainen ihminen on yksilö, eikä kukaan ole jonkin tietyn kulttuurin tai etnisen ryhmän stereotyyppi. Hyvin toimivassa monikulttuurisessa ympäristössä uskalletaan avoimesti puhua asenteista, ennakkoluuloista ja rasismien moninaisesta ilmenemisestä. Avoimuuden ja keskustelun lisäksi, toimiva monikulttuurisuus tarvitsee kulttuurista tahtoa, ohjeistuksia, yhteisiä pelisääntöjä ja toimintaa syrjinnän ehkäisemiseksi ja erilaisuuden kunnioittamiseksi. Syrjintä tai negatiiviset asenteet eivät kuulu terveydenhuollon pariin, sillä organisaatioiden toiminta perustuu ihmisten kunnioittamiseen ja eettisesti vastuulliseen arvomaailmaan. Vastuu jakautuu jokaiselle terveydenhuollon parissa työskentelevälle. Jokainen terveydenhuollon ammattilainen on omalta osaltaan vastuussa siitä, että apua tarvitsevia ihmisiä hoidetaan ja palvellaan arvokkaasti, kulttuurinmukaisesti ja eettisiä periaatteita noudattaen.

LÄHTEET

- Aaltonen M., Joronen M. & Villa S. 2009. Syrjintä työelämässä - pilottitutkimus työsuojelupiirien aineistosta. Sisäasiainministeriön julkaisu 43/2009. Saatavilla: [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/86EB966633C4B948C22576DA00395E92/\\$file/syrjinta_tyoelamassa.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/86EB966633C4B948C22576DA00395E92/$file/syrjinta_tyoelamassa.pdf). Luettu 7.2.2012.
- Allport G. 1954 The historical background of modern social psychology. Teoksessa: Lindzey G. (toim.) Handbook of social psychology, vol. 1: Theory and Method. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Alkula T., Pöntinen S., & Ylöstalo T. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki : WSOY.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Saatavilla: www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564 ja www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940564
- Campinha-Bacote, J. 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education, 38(5), 204-207.
- Campinha-Bacote, J. 2002. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. 2003. The Key to Unlocking Cultural Competence. Guest Editorial. June 2003, vol 42, No 6.
- Campinha-Bacote, J. 2007. The Process of Cultural Competence in the Delivery Of Healthcare Services: The Journey Continues 5th Ed. Available from Dr Josepha Campinha-Bacote, President, Transcultural C.A.R.E Associates, 11108 Huntwicke Place, Cincinnati, OH 45241.
- Campinha-Bacote, J. 2008. Cultural desire: 'Caught' or 'taught'? Contemporary Nurse. 28: 141-148.
- Carballeria N. 1996. The live and learn model or culturally competent family services. Latin American Health Institute, AIA Resource Center, The Source, Volume 6, No. 3.
- Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. (Suomennos ja siihen tehdyt täydennykset: Marja Ahokas). Helsinki: WSOY.

ETENE 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 11. ETENE:n Kesäseminaari 17.elokuuta 2004.

Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. & Neri, S. 2009. Journal of Nursing Scholarship. Providing transcultural to Children and parents: an exploratory study from Italy. 42(2), 220-227.

Goode T. D., Dunne M. C & Bronheim S. M. 2006. The evidence base for cultural and linguistic competency in health care. Center for Child and Human Development. Georgetown University. Saatavilla: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2006/Oct/The-Evidence-Base-for-Cultural-and-Linguistic-Competency-in-Health-Care.aspx> Luettu 6.2.2011.

Grim J. W. & Wells J. L. 2009. Journal of Emergency Nursing. March 2009, 35:2, 127-128.

Harmsen H., Bernsen R., Bruijnzeels M. & Meeuwesen L. 2008. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? Patient Education and Counselling 72 (2008), 155-162.

Hassinen-Ali-Azzani T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somaliaalaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet, no. 95. Kuopion yliopisto.

Helkama, K. , Myllyniemi, R.& Liebkind, K. 2001. Johdatus Sosiaalipsykologiaan. Helsinki: Edita.

Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Edita. Helsinki.

Helsingin Kaupungin tietokeskus 2010. Vieraskielisen väestön ennuste Helsinginseudulla 2010-2030. Helsingin kaupunki. Saatavilla: http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/10_03_30_Tilastoja_muut_julkaisut_Vuori.pdf Luettu 8.8.2010.

Hillier, S. 1991. The health and health care of ethnic minority groups. In: Scrambler G, ed. Sociology as Applied to Medicine. London: Balliere Tindall, 1991, 146-59.

Hirstiö-Snellman P. & Mäkelä M. 1998. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina. Selvityksiä 1998: 12. Helsinki. Saatavilla:

http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/sel98_12/all98_12.htm

Luettu 30.9.2010.

Honkasalo V. 2007. Suomalainen monikulttuurisuus - aitoa moninaisuutta vai varauksellista hallinnointia. Julkaistu lyhennetyssä MIPEX raportissa 2007. Migrant integration policy index - maahanmuuttajien kotouttamisindeksi. British Council ja Migration Policy Group.

Hultsjö S. & Hjelm K. 2005. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. International Council of Nurses, International Nursing Review, 52, 276-285.

HUS 2008. HUS:n somaattisen päivystyksen kokonaissuunnitelma 2009-2012. Saatavilla:

<http://hus01.tjhosting.com/kokous/2009677-3-42092.PDF>

Luettu 12.4.2010.

HUS 2010. Saatavilla: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820>

Luettu 12.4.2010.

HUS 2011. HUS:n talous. Saatavilla: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,823>

Luettu 20.5.2011.

HUS - Vuosikertomus 2010. Saatavilla <http://www.dpaper.eu/HUS/HUS-vuosikertomus2010/>

Luettu: 25.5.2011.

ICN 2006. Code of ethics for nurses. Saatavilla: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>

Ikonen E-R. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsitemallitutkimus hybridisellä mallilla. Hoitotiede 19(3), 140-151.

Institute of Medicine. (2004). In the nation's compelling interest: Ensuring diversity in the health care workforce. Washington DC: National Academies Press.

Israel M. & Hay I. 2006. Research ethics for social scientists. Sage Publications Ltd. Printed in Great Britain.

Jaakkola M. 1999. Maahanmuutto ja etniset suhteet. Suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin 1987-1999. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 213. Edita. Helsinki.

Jaakkola M. 2005. Suomalaisten suhtautuminen maahanmuuttajiin vuosina 1987-2003. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 286. Helsinki.

Jaakkola M. 2009. Maahanmuuttajat suomalaisen näkökulmasta. Asennemuutokset 1987-2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1/2009.

Jasinskaja-Lahti I., Liebkind K. & Vesala T. 2002. Rasismi ja syrjintä suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Tammer-Paino OY, Tampere.

Kalisch B. J. & Lee H. 2010. The impact of teamwork on missed nursing care. Nursing Outlook. September / October. 233 - 241.

Katz D. 1960. The functional approach to the study of attitudes. Public Opinion Quarterly, 24, 163-204.

Koskimies T. & Mutikainen H-K. 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Helsingin ammattikorkeakoulu. Stadia. Hototyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kuokkanen R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 613. Oulun yliopisto, Oulu.

Kyllönen-Saarnio E. & Nurmi R. 2005. Maahanmuuttajanaiset ja väkivälta - Opas sosiaali- ja terveystalant auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 2005:15. Sosiaali- ja terveystministeriö, työministeriö ja Monika-Naiset Liitto RY. Helsinki 2005.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Saatavilla: www.finlex.fi

Leininger M. 1978. Transcultural nursing: theories, research and practice (2nd ed.). New York: John Wiley.

Leininger M. 1988. Written communication with contributing author. Teoksessa: Marriner-Tomey A. (toim.) Nursing theorists and their work. 3rd ed. Mosby-Year Book Inc.

Leininger M. 1991. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York.

Liebkind K. 2000. Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. Tampere.

Liebkind K., Mannila S., Jasinskaja-Lahti I., Jaakkola M., Kyntäjä E. & Reuter A. 2004. Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. OY Yliopistokustannus, Helsinki.

Mercer R. T. 1990 Parents at risk. Teoksessa: Marriner-Tomey A. (toim.) Nursing theorists and their work. 3rd ed. Mosby-Year Book Inc.

Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Jyväskylä. International Methelp KY.

Michaelsen, J.J., Krasnik, A., Nielsen, A.S., Norredam, M. & Torres, A.M., 2004. Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at Danish hospital. Scand J Public Health, 32, 287-295.

MIPEX 2007. Migrant integration policy index - maahanmuuttajien kotouttamisindeksi. Lyhennetty versio maahanmuuttajien kotouttamispolitiikkaa kartoittavasta Mipex - raportista. British Council ja Migration Policy Group. Koko raportti saatavilla: www.integrationindex.eu

MIPEX III 2011. Tiivistelmä Migrant integration policy index III - julkaisun Suomen tuloksista. British Council ja Migration Policy Group. Koko raportti saatavilla: www.mipex.eu/finland.

Naraynasamy A. & White E. 2004. A review of transcultural nursing. Nurse Education Today (2005) 25, 102-111.

NHS 2004. Heart Disease and South Asians Delivering the National Service Framework for Coronary Heart Disease. Saatavilla: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/29/18/04102918.pdf> luettu 7.2.2012

Ozolin, L. & Hjelm, K. 2003. Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. Clinical Effectiveness in Nursing, 7, 84-93.

Parfitt B. 1998. Working across culture: a study of expatriate nurses working in developing countries in primary health care. Ashage, Aldershot.

Pedersen P. 1988. A Handbook for Multicultural Awareness. VA: American association for Councelling and Development.

Peltonen, M. & Ruohotie, P. 1992. Oppimismotivaatio. Teoriaa, tutkimuksia ja esimerkkejä op-pimishalukkuudesta. Keuruu: Otava.

Polit D. F. & Beck C. T. 2006. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, USA.

Purnell L. 2002. The Purnell Model of Cultural Competence. Journal of Transcultural Nursing 13(3), 193-196.

Päivystyshanke 2008. Päivystyshankkeen loppuraportti (kooste 84s., PDF) saatavilla:
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,11437,25942>

Raleigh VS. 1996. Suicide patterns and trends in people of Indian subcontinent and Caribbean origin in England and Wales. Ethnicity and Health 1996; 1: 55 -63.

Rissanen L. & Kiviniemi L. 2008. Toisen asteen ammatillisen tutkinnon suorittaneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden kuvauksia hoitotyön osaamisesta koulutuksen alku- ja loppuvaiheessa. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 4-9.

Rogers, C. 1951. Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla:
www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/. Luettu 1.5.2011.

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen - Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Smeltzer S. C. & Bare B. G. (toim.) 2004. Brunner & Suddarth's textbook of medical - surgical nursing. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, USA.

STM 2010. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.

Taavela R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopistojen julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopio.

The Oxford Paperback Dictionary & Thesaurus. 1997. Oxford university press.

Tiilikainen, M. 2007. Etniset vähemmistöt suomessa. Duodecim, 123: 437-9.

Tilastokeskus 2011. Tilastokeskus, väestö, ulkomaiden kansalaiset. Saatavilla:

<http://www.stat.fi/til/vrm.html>

Luettu 27.4.2011.

Tindale R. 2006. Board´s eye view. Emergency Nurse. Vol. 14 no. 7.

Tuokko T. 2007. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi. Terveystieteiden opettajakoulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavilla:

www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet

Vehkalahti K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammalan kirjapaino OY, Vammala.

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Virkki P. 1999. Hoitotyöntekijöiden ammatilliset valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Terveystieteiden opettajan koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Voima K. 2007. Sinähän se oot se poppamies. Terveysalan työntekijöiden kokemuksia monikulttuurisesta hoitotyöstä. Pro gradu tutkielma. Kansanterveystieteen ja kliinisen kliinisen ravitsemustieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Wathen M. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

KUVIOT

KUVIO 1. HUS:n konsernirakenne.....	14
KUVIO 2. Kulttuurinen kompetenssi ”lumipalloilmiönä” nähtynä.....	18
KUVIO 3. Tutkimusasetelma: sairaanhoitajien asenteet maahanmuuttajia kohtaan kulttuurisen kompetenssin näkökulmasta.....	32
KUVIO 4. Vastaajien työkokemus sairaanhoitajana (N = 93).....	45
KUVIO 5. HUS:n päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien kulttuurinen kompetenssi kouluarvosanoina (N=87).....	47
KUVIO 6. Vastaukset kysymykseen ”Mistä ovat tietosi maahanmuuttajista enimmäkseen peräisin?” (N = 93).....	51
KUVIO 7. Kielen ymmärtämisen ongelmallisuus omalla työpaikalla (N = 93).....	53
KUVIO 8. Sairaanhoitajien yleisten asenteiden pisteet kouluarvosanoina (N = 93).....	59
KUVIO 9. ”Vastaajien kulttuurinen tahto” suhteessa ”syrjinnän vastaisten toimien tarpeellisuutta” koskevaan väittämään kahdessa ikäryhmässä (N = 89).....	60
KUVIO 10. Ystävyyys, kulttuurinen kompetenssi ja ongelmallisuus suhteessa toisiinsa.....	65
KUVIO 11. Kulttuurisen tahdon, positiivisten asenteiden ja ystävyyden merkitys kulttuurisen kompetenssin prosessissa.....	72

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tutkimusongelmiin vastaavat muuttujat kyselylomakkeessa.....	35
TAULUKKO 2. Kyselylomakkeen kulttuurisen kompetenssin mittarin väittämät ja niihin liittyvät mitattavat käsitteet.....	39
TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja (N =93).....	46
TAULUKKO 4. Kulttuurisia konflikteja aiheuttavien asioiden ongelmallisuus omalla työpaikalla (N = 93).....	54
TAULUKKO 5. Vastaaajien oma arvio maahanmuuttajan kohtaamisen onnistumisesta (N = 93).	56
TAULUKKO 6. Ystävyyteen (toisesta kulttuurista tai etnisestä ryhmästä tuleva ystävä) yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät muuttujat (p-arvot).....	62
TAULUKKO 7. Kulttuurisen kompetenssin arvosanat ja ystävyysuhteet eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevien ihmisten kanssa (N = 85).....	63
TAULUKKO 8. Sairaanhoidajan yleisiin asenteisiin, kulttuuriseen kompetenssiin ja kulttuuriseen tahtoon yhteydessä olevat tilastollisesti merkitsevät muuttujat (p -arvot).....	67

LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake saatekirjeineen.....	92
Liite 2 Kulttuurisen kompetenssin mittari.....	104
Liite 3 Asenteiden operationalisointia kuvaava käsitekartta.....	106
Liite 4 Tutkimuksesta kirjoitettu englanninkielinen artikkeli.....	113

Hyvä sairaanhoitaja!

- Tällä kyselyllä kartoitetaan päivystyspoliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien asenteita maahanmuuttajia kohtaan
- Tutkimus on yksi vuoden 2010 HUS-kuntayhtymän toiminnankehittämishankkeista (T&K hanke). Tutkimus on samalla ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon lopputyö.
- Tutkimuksen kohderyhmäksi on valittu kahdeksalla päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.
- Vastaaminen kyselylomakkeeseen on vapaaehtoista ja kestää noin 5-15 min.
- Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tuloksia voidaan jatkossa käyttää sairaanhoitajien ammattitaidon kehittämiseen.
- Tutkimukselle on myönnetty HUS:n tutkimuslupa
- Kysely sulkeutuu 1.11.2010.
- Kiitos jo etukäteen vastaajille ja sairaanhoitajan työn kehittämisestä kiinnostuneille.

Tomi Tynkkynen

Eila Manninen-Kauppinen

Apulaisosastonhoitaja

Osastoryhmän päällikkö

Opetushoitaja

050-4270543

050-4286313

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Medisiininen tulosityksikkö

Päivystys ja valvonta

Täytä ja valitse itseäsi koskevat vaihtoehdot

1. Merkitse ikäsi numeroina alla olevaan laatikkoon

2. Sukupuoli.

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

3. Äidinkieli

- ☐ Suomi
- ☐ Ruotsi
- ☐ Jokin muu

4. Puhun äidinkielen lisäksi

- ☐ En yhtään kieltä
- ☐ 1 kieltä
- ☐ 2 kieltä
- ☐ 3 tai useampaa kieltä

5. Sairaala jossa työskentelen

- ☐ Hyvinkää
- ☐ Jorvi
- ☐ Lohja
- ☐ Länsi-Uusimaa
- ☐ Meilahti
- ☐ Peijas
- ☐ Porvoo
- ☐ Töölö

6. Onko sinulla sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi jokin erikoistumisopinto tai lisäkoulutus?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

6.1. Jos vastasit kyllä edelliseen kysymykseen, niin mikä erikoisopinto?

- ☐ Yliopistotasoinen tutkinto
- ☐ Ammattikorkeakoulun jatkotutkinto (esim. sosiaali- ja terveysalan johtaminen 90 opintopistettä.)
- ☐ Hoitotyö päivystyspoliklinikalla (erikoistumisopinto)
- ☐ Jokin muu erikoistumisopinto (enemmän kuin 20 opintopistettä)

7. Työkokemus sairaanhoitajana

- ☐ 0-4 vuotta
- ☐ 5-9 vuotta
- ☐ 10-14 vuotta
- ☐ 15-19 vuotta
- ☐ 20-24 vuotta
- ☐ 25-29 vuotta
- ☐ yli 30 vuotta

8. Oletko asunut ulkomailla ?

- ☐ Kyllä
- ☐ En

8.1. Jos olet, niin kuinka monta vuotta?

9. Kohtaan maahanmuuttajapotilaita päivystyspoliklinikalla keskimäärin (viimeisen vuoden aikana)

- ☐ 3 x viikossa tai useammin
- ☐ 1-2 x viikossa
- ☐ 1-3 x kuukaudessa
- ☐ Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- ☐ En ole koskaan kohdannut maahanmuuttajapotilasta

10. Minulla on ystävä tai useita ystäviä, jotka tulevat eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

Vastaa väittämiin

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11. Minulla on halu oppia toisista kulttuureista	()	()	()	()
12. Haluan ymmärtää maahanmuuttajapotilasta	()	()	()	()
13. Huomioin luonnonlääkkeiden ja yrttien käytön selvittäessäni maahanmuuttajapotilaan lääkitystä	()	()	()	()
14. Mielestäni maahanmuuttajat ovat usein "vaikeita" potilaita	()	()	()	()
15. Minun ei tarvitse hyväksyä maahanmuuttajapotilaan arvoja ja uskomuksia, mutta minun tulee kohdella häntä arvokkaasti ja kunnioittaen	()	()	()	()
16. Minusta on luontevaa ja helppoa kysyä maahanmuuttajapotilaalta kulttuuriin ja etnisyyteen liittyviä kysymyksiä	()	()	()	()

Vastaa väittämiin

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
17. Osaan arvioida maahanmuuttajapotilaan tarpeet haastattelun perusteella	()	()	()	()
18. Olen tietoinen omista ennakkoasenteistani tiettyjä kulttuurisia ja etnisiä ryhmiä kohtaan	()	()	()	()
19. Maahanmuuttajapotilaan omaisten käyttäminen kielitulkkina saattaa heikentää potilaan saamaa hoidon laatua	()	()	()	()
20. Olen oma- aloitteisesti etsinyt tietoutta ja koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa	()	()	()	()
21. Minusta on vaikeaa kohdata maahanmuuttajapotilas, jolla on erilaiset näkemykset kuin itselläni	()	()	()	()
22. Minusta kulttuuristen asioiden huomiointi on tärkeää jokaisen potilaan kohdalla	()	()	()	()

Vastaa väittämiin

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
23. Maahanmuuttajapotilaiden tulisi täysin sopeutua suomalaiseen hoitokäytäntöön päivystyspoliklinikoilla	()	()	()	()
24. Mielestäni kulttuurilla ja terveydellä on yhteys toisiinsa	()	()	()	()
25. Kiinnostus ja välittäminen maahanmuuttajapotilaasta on tärkeämpää kuin tietämys kulttuureista	()	()	()	()
26. Maahanmuuttajapotilaan etnisellä taustalla saattaa olla vaikutusta lääkkeiden imeytymiseen	()	()	()	()
27. Monilla etnisillä ryhmillä on heille ominaisia sairauksia	()	()	()	()

Vastaa väittämiin

	Paljon tietoa	Jonkin verran tietoa	Vähän tietoa	Ei ollenkaan
28. Minulla on tietoa eri etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä	()	()	()	()
29. Minulla on tietoa eri etnisten ryhmien fyysisistä ja biologisista eroista	()	()	()	()

Vastaa väittämään

	Paljon	Jonkin verran	Vähän	En ollenkaan
30. Olen mukana vapaa-ajan toiminnassa, jossa kohtaan eri kulttuureista ja etnisistä ryhmistä tulevia ihmisiä	()	()	()	()

Vastaa väittämiin mielipiteesi mukaan

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
31. Monet maahanmuuttajat ylireagoivat kipuun	()	()	()	()
32. Joillakin maahanmuuttajilla tai heidän omaisillaan on taipumus liioitella potilaan tilaa tai sairautta	()	()	()	()
33. Maahanmuuttajien omaiset ovat vaikeampia kohdata kuin suomalaisten	()	()	()	()
34. Maahanmuuttajien tulisi opetella käyttämään päivystyspoliklinikoita akuutteihin vaivoihin	()	()	()	()

Vastaa alla oleviin väittämiin kyllä tai ei

- | | Kyllä | Ei |
|---|-------|-----|
| 35. Olen käyttänyt virallisia kielitulkkipalveluja nykyisessä työpaikassani | () | () |
| 36. Minua on syytetty syrjinnästä maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa toimesta | () | () |
| 37. Olen kokenut, että maahanmuuttajapotilas tai hänen omaisensa eivät arvosta asemaani sairaanhoitajana, vaan haluavat kuunnella vain lääkäriä | () | () |
| 38. Olen kokenut maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa äänekkään käyttäytymisen häiritsevän päivystyspoliklinikan muita potilaita tai henkilökuntaa | () | () |
| 39. Olen joskus kokenut maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa kohtaamisen itseäni uhkaavaksi tilanteeksi | () | () |
| 40. Olen kokenut, etten ole haluttu hoitamaan maahanmuuttajapotilasta sukupuolestani johtuen | () | () |
| 41. Olen kokenut, että maahanmuuttajapotilaalla ei ole tietoa suomalaisen terveydenhuollon toiminnasta. | () | () |

Vastaa alla oleviin väittämiin liukupalkkia käyttäen

42. On hyvä, että Suomeen muuttaa ihmisiä muualta maailmasta

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

43. Haluan Suomeen tehokkaampia syrjinnän vastaisia toimia

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

Vastaa alla oleviin väittämiin liukupalkkia käyttäen

44. Heikosti suomea (ruotsia) osaava sairaanhoitaja pystyy turvallisesti hoitamaan potilaita päivystyspoliklinikalla

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

45. Suomalainen päivystyspoliklinikan hoitokäytäntö sopii hyvin vieraasta kulttuurista tulevalle

Täysin eri mieltä

Täysin samaa mieltä

Kuinka ongelmalliseksi koet seuraavat maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvät asiat omalla työpaikallasi?

(Jos et ole kohdannut maahanmuuttajia työssäsi niin siirry seuraavalle sivulle)

46. Kielen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

47. Tulkkaukseen liittyvät ongelmat (esim. tulkin saatavuus, omaisten käyttö tulkkina)

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

48. Maahanmuuttajapotilaan mukana olevien omaisten suuri määrä

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

49. Maahanmuuttajapotilaan tai hänen omaistensa kunnioituksen puute sairaanhoitajan työtä kohtaan

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

50. Kulttuurisista eroavaisuuksista johtuvat väärinkäsitykset

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

51. Sukupuolirooleihin liittyvät ongelmat

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

52. Vaivaavat ja kiusaavat tilanteet hoitotilanteissa (esim. alastomuus, vähäpukeisuus)

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

53. Maahanmuuttajapotilaan henkilökohtaisen hygienian hoitoon liittyvät asiat

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

54. Uskonnon harjoittamiseen liittyvät rituaalit, tavat tai muut asiat

Ei ongelmaa

Suuri ongelma

**55. Mistä ovat tietosi maahanmuuttajista enimmäkseen peräisin?
(voit valita enintään 3 vaihtoehtoa)**

- ☐ Kirjoista tai ammattilehdistä
- ☐ Koulutuksesta tai kursseilta
- ☐ Kontakteista potilaiden kanssa
- ☐ Työkavereilta
- ☐ Ystäviltä tai sukulaisilta
- ☐ Matkustamisesta
- ☐ Mediasta (sanomalehti, TV, radio tai internet)
- ☐ Ulkomailla asumisesta
- ☐ Jokin muu, mikä _____

Alla arvio omasta osaamisestasi!

56. Kuinka hyvin onnistut kohtaamaan maahanmuuttajan hoitotyössä?

Erittäin huonosti

Erittäin hyvin

**Kulttuurisen kompetenssin mittari –päivystyspoliklinikalla
maahanmuuttajapotilaita kohtaaville sairaanhoitajille.**
**LASKE PISTEET VIEREISEN SIVUN
OHJEEN MUKAISESTI !**

Vastausvaihtoehdot väittämiin 1-15		YMPYRÖI VALINTASI			
1. TÄYSIN ERI MIELTÄ	2. JOKSEENKIN ERI MIELTÄ	3. JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ	4. TÄYSIN SAMAA MIELTÄ		
1. Minulla on halu oppia toisista kulttuureista	1	2	3	4	
2. Haluan ymmärtää maahanmuuttajapotilasta	1	2	3	4	
3. Huomioin luonnonlääkkeiden ja yrttien käytön selvittäessäni maahanmuuttajapotilaan lääkitystä	1	2	3	4	
4. Mielestäni maahanmuuttajat ovat usein "vaikeita" potilaita	1	2	3	4	
5. Minusta on luontevaa ja helppoa kysyä maahanmuuttajapotilaalta kulttuuriin ja etnisyyteen liittyviä kysymyksiä	1	2	3	4	
6. Osaan arvioida maahanmuuttajapotilaan tarpeet haastattelun perusteella	1	2	3	4	
7. Olen tietoinen omista ennakoasenteistani tiettyjä kulttuurisia ja etnisiä ryhmiä kohtaan	1	2	3	4	
8. Maahanmuuttajapotilaan omaisten käyttäminen kielitulkkinä saattaa heikentää potilaan saamaa hoidon laatua	1	2	3	4	
9. Olen oma-aloitteisesti etsinyt tietoutta ja koulutusta kulttuuriin liittyvissä asioissa	1	2	3	4	
10. Minusta on vaikeaa kohdata maahanmuuttajapotilas, jolla on erilaiset näkemykset kuin itselläni	1	2	3	4	
11. Minusta kulttuuristen asioiden huomiointi on tärkeää jokaisen potilaan kohdalla	1	2	3	4	
12. Maahanmuuttajapotilaiden tulisi täysin sopeutua suomalaiseen hoitokäytäntöön päivystyspoliklinikoilla	1	2	3	4	
13. Mielestäni kulttuurilla ja terveydellä on yhteys toisiinsa	1	2	3	4	
14. Maahanmuuttajapotilaan etnisellä taustalla saattaa olla vaikutusta lääkkeiden imeytymiseen	1	2	3	4	
15. Monilla etnisillä ryhmillä on heille ominaisia sairauksia	1	2	3	4	
16. Minulla on tietoa eri etnisten ryhmien terveys- ja sairauskäsitteistä 1. Paljon tietoa 2. Jonkin verran tietoa 3. Vähän tietoa 4. Ei ollenkaan tietoa	1	2	3	4	
17. Minulla on tietoa eri etnisten ryhmien fyysisistä ja biologisista eroista 1. Paljon tietoa 2. Jonkin verran tietoa 3. Vähän tietoa 4. Ei ollenkaan tietoa	1	2	3	4	
18. Olen mukana vapaa-ajan toiminnassa, jossa kohtaan eri kulttuureista tai etnisistä ryhmistä tulevia ihmisiä 1. Paljon 2. Jonkin verran 3. Vähän 4. En ollenkaan	1	2	3	4	
YHTEISPISTEET					

Pisteytys tapahtuu alla olevan taulukon mukaisesti. Yhteispisteiden summa voidaan muuttaa kouluarvosanoiksi (4-10) tai 4-portaiseksi arvosanaksi viereisten taulukoiden avulla.

OHJEET PISTEIDEN LASKUUN

Pisteytys väittämille	4, 10 ja 12
1. Täysin eri mieltä	4 pistettä
2. Jokseenkin eri mieltä	3 pistettä
3. Jokseenkin samaa mieltä	2 pistettä
4. Täysin samaa mieltä	1 piste
Pisteytys väittämille	1-3, 5-9, 11, 13-15
1. Täysin eri mieltä	1 piste
2. Jokseenkin eri mieltä	2 pistettä
3. Jokseenkin samaa mieltä	3 pistettä
4. Täysin samaa mieltä	4 pistettä
Pisteytys väittämille	16-17
1. Paljon tietoa	4 pistettä
2. Jonkin verran tietoa	3 pistettä
3. Vähän tietoa	2 pistettä
4. Ei ollenkaan	1 piste
Pisteytys väittämään	18
1. Paljon	4 pistettä
2. Jonkin verran	3 pistettä
3. Vähän	2 pistettä
4. En ollenkaan	1 piste

KULTTUURINEN KOMPETENSSI
KOULUARVOSANOINA

YHTEENLASKETUT PISTEET	KOULUARVOSANA
65-72	10
58-64	9
51-57	8
44-50	7
37-43	6
27-36	5
18-26	4

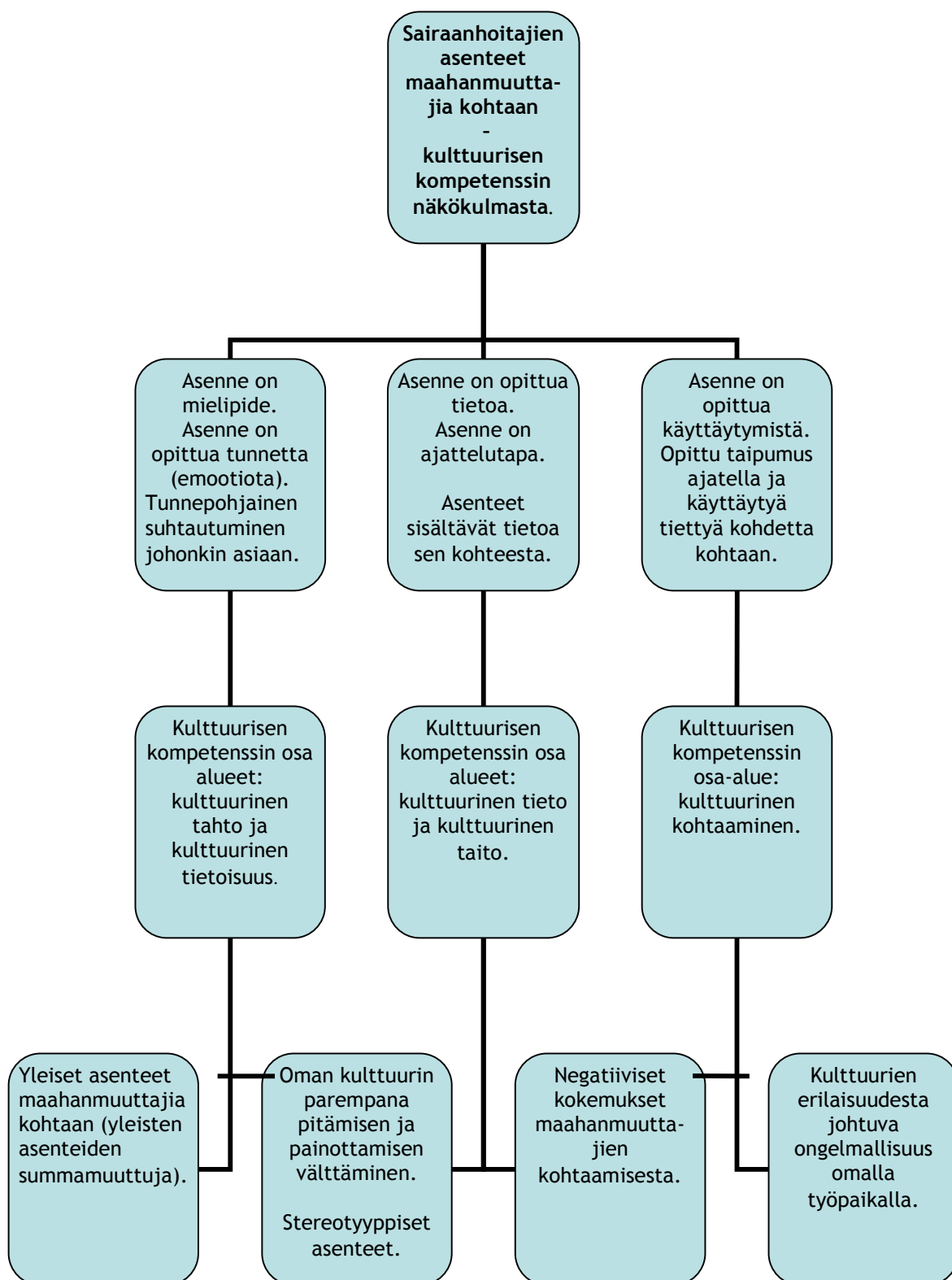
KULTTUURINEN KOMPETENSSI 4-
PORTAISEN ASTEIKON MUKAAN

YHTEENLASKETUT PISTEET	KOMPETENSSIN TASO
65-72	Kulttuurisesti erityisosaava
56-64	Kulttuurisesti kompetentti
37-55	Kulttuurisesti valveutunut (herkkä)
18-36	Kulttuurisesti opetteleva (epäpätevä)

Kulttuurisen kompetenssin osa-alueet	Väittämät kulttuurisen kompetenssin mittarissa
Kulttuurinen tahto	1, 2, 4, 12
Kulttuurinen tietoisuus	5, 7
Kulttuurinen tieto	3, 14, 15, 16, 17
Kulttuurinen taito	6, 11, 13
Kulttuurinen kohtaaminen	8, 9, 10, 18

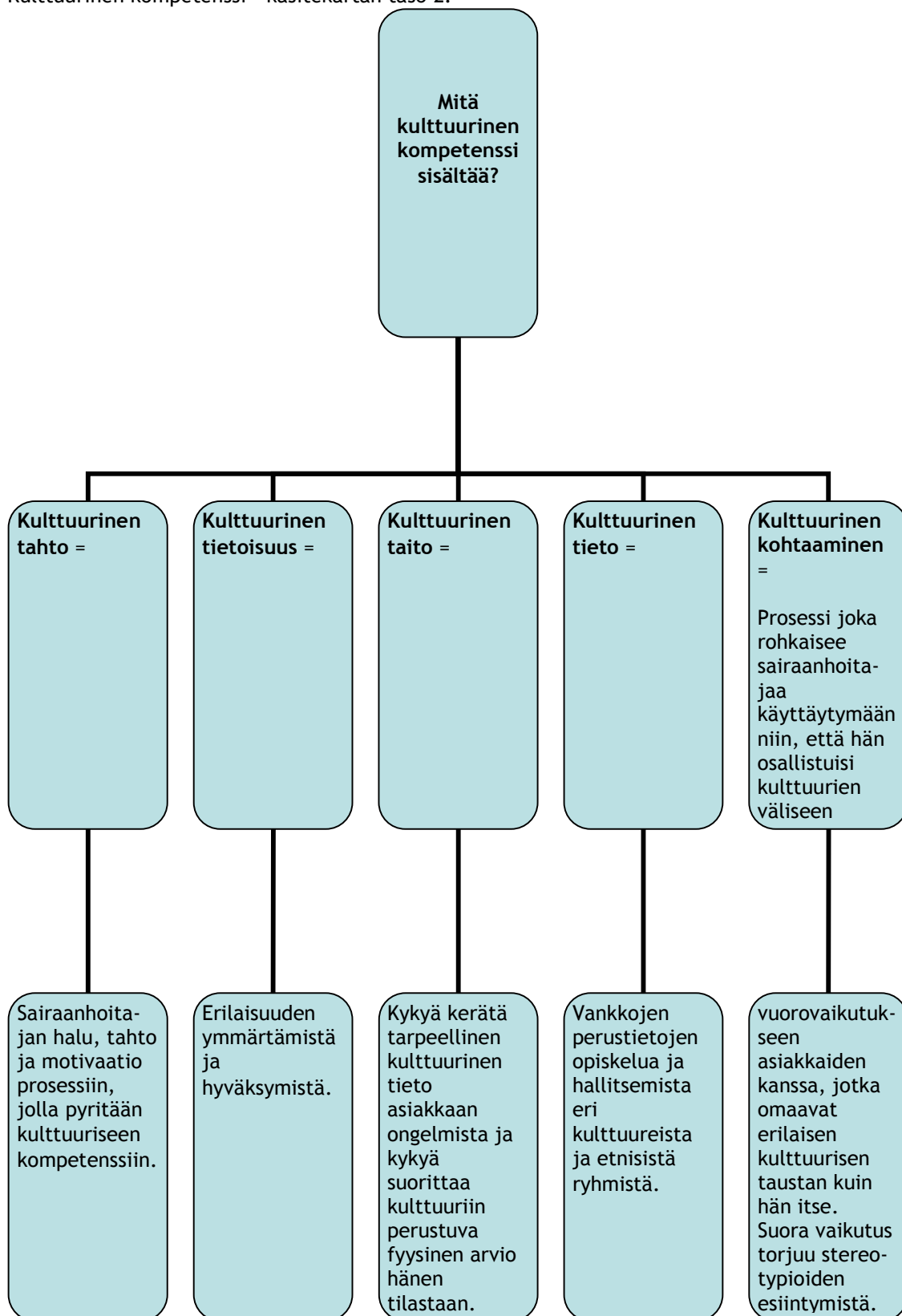
Liite 3

Asenteiden operationalisointeja kuvaava käsitekartta - käsitekartan taso 1.



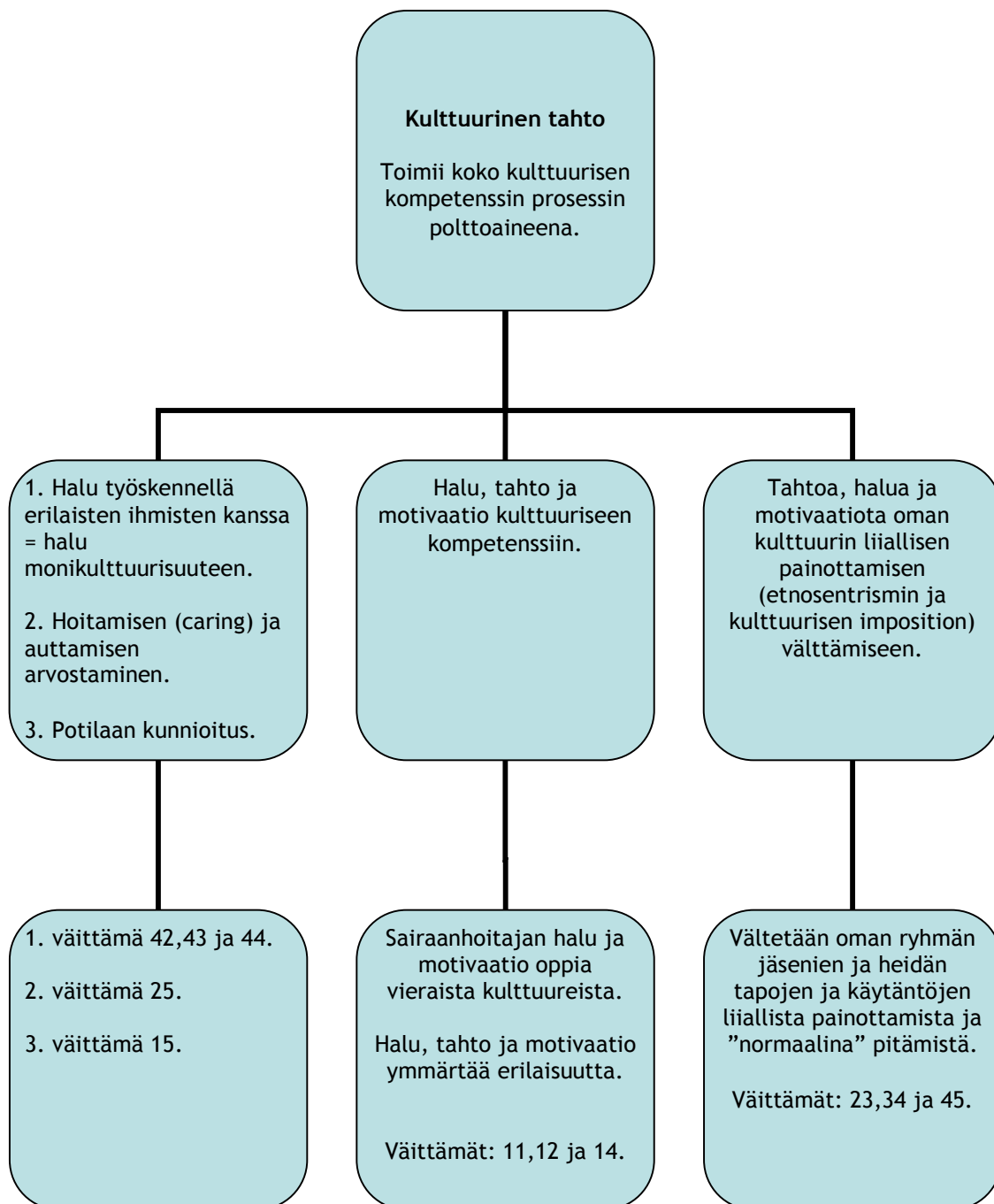
Liite 3

Kulttuurinen kompetenssi - käsitekartan taso 2.



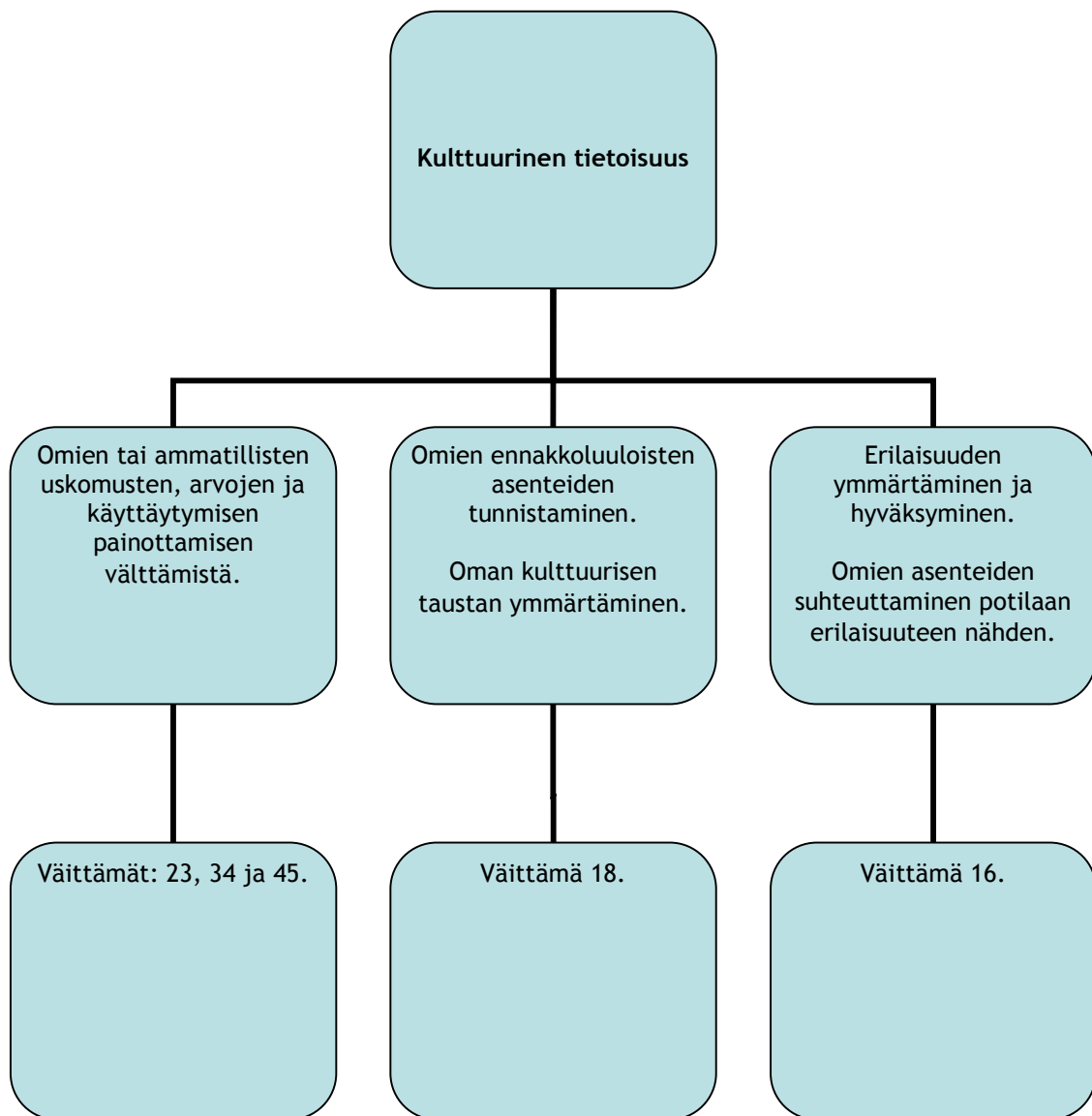
Liite 3

Kulttuurinen tahto - käsitekartan taso 3.



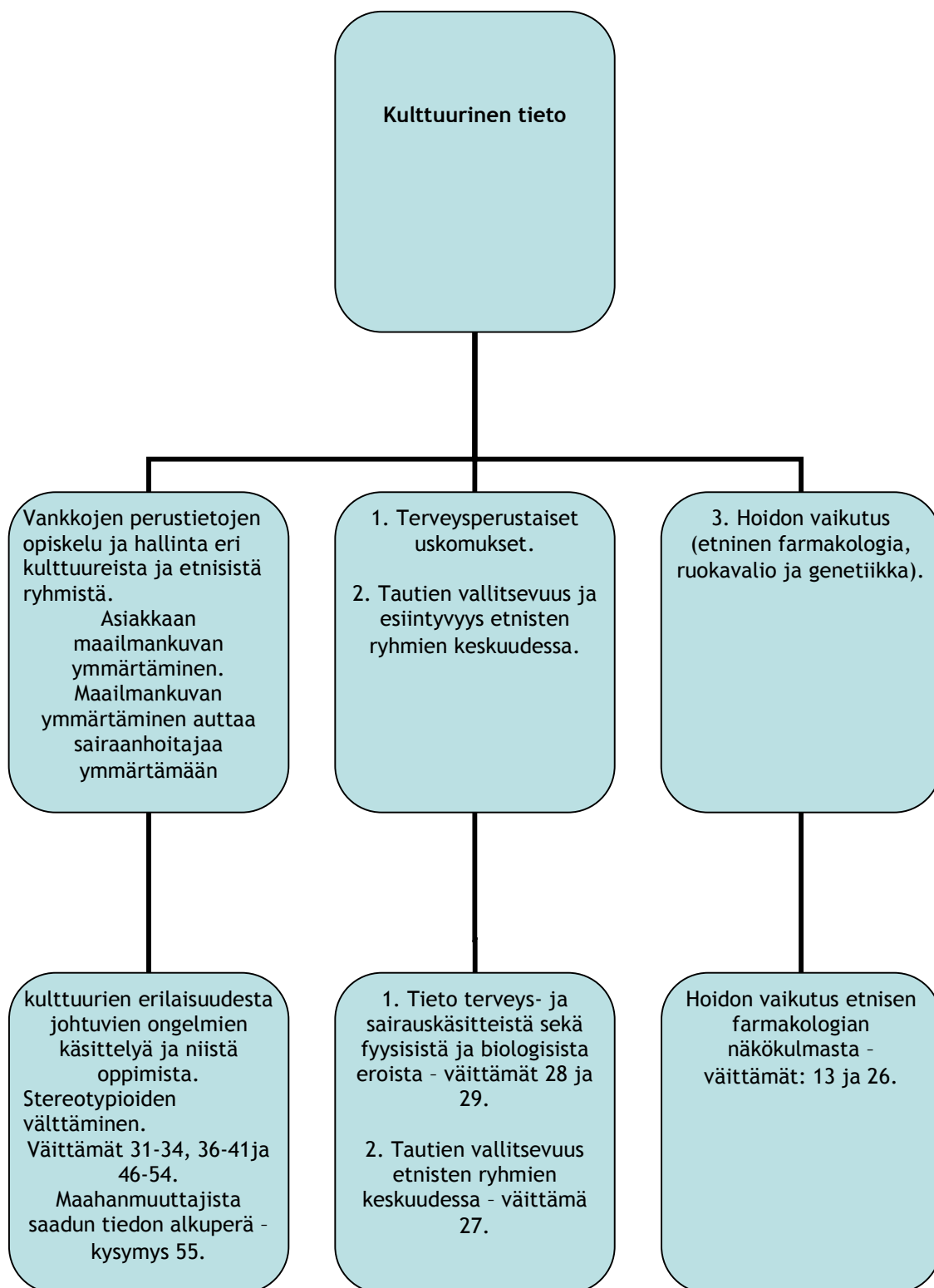
Liite 3

Kulttuurinen tietoisuus - käsitekartan taso 3



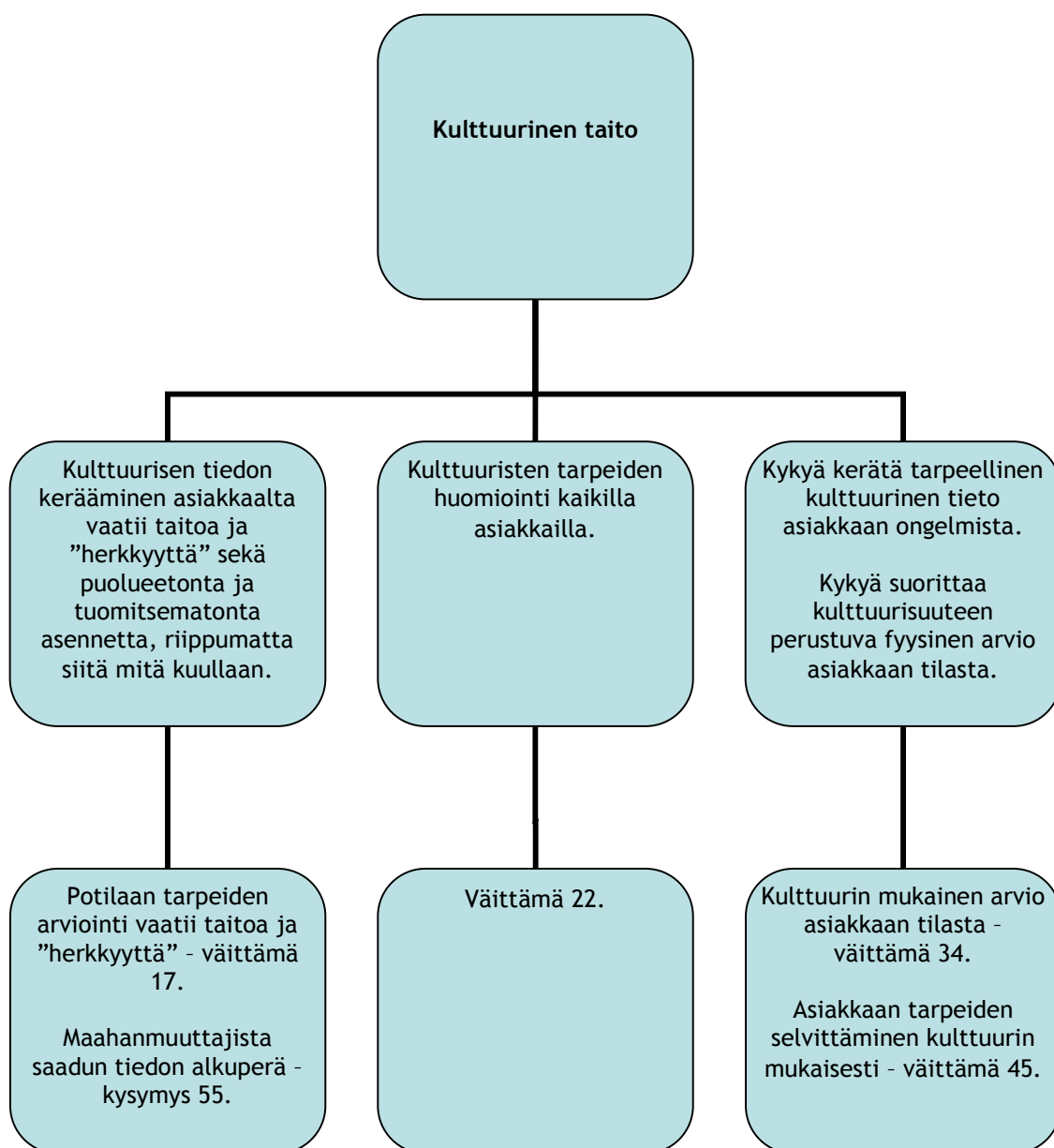
Liite 3

Kulttuurinen tieto - käsitekartan taso 3.



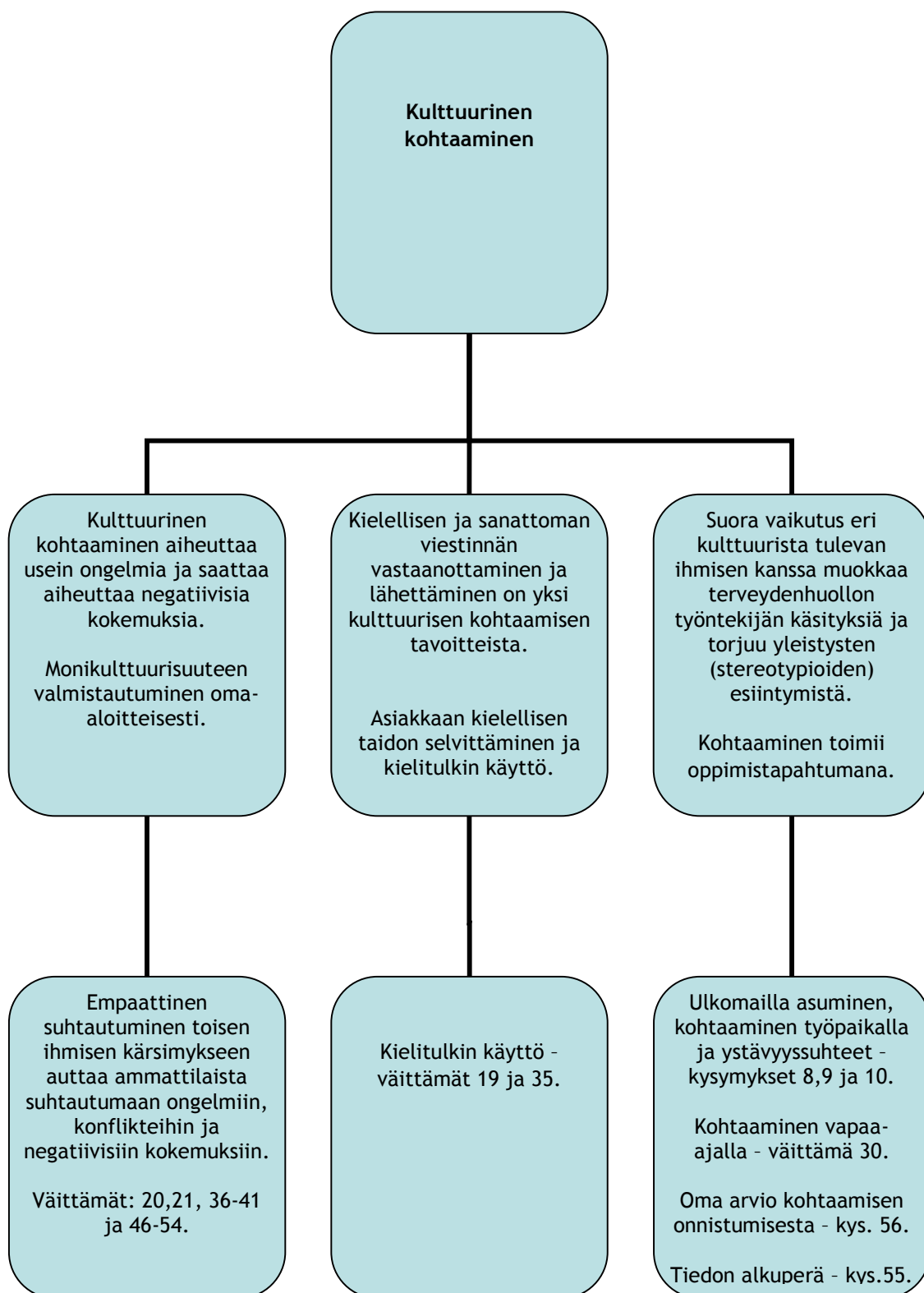
Liite 3

Kulttuurinen taito - käsitekartan taso 3.



Liite 3

Kulttuurinen kohtaaminen - käsitekartan taso 3.



Nurses' Attitudes Towards Immigrants from a Viewpoint of Cultural Competence - Survey for Staff Nurses at A & E Departments in Finland.

Tomi Tynkkynen, RN,

Degree in Social in Social Services and Health Care, Master of Health Care Student

Purpose: The purpose of this research project was to investigate the attitudes of nurses (N = 344) in eight different Accident and Emergency (A&E) departments in Finland towards working with immigrant patients. The research examines the levels of cultural competence, cultural desire and the problems stemming from cultural variations. One of the outcomes of this research was a 18-question assessment tool for "measuring cultural competence" for the nurses meeting immigrant patients at A&E units.

Methods: The quantitative evidence was collected with a structured online questionnaire, specifically developed for the purposes of this research. The questionnaire follows the cultural competence model developed by Campinha-Bacote (2007). Replies (n = 93) were collected 19.10 - 8.11.2010.

Results: The research shows that the nurses encountered problems when treating immigrant patients. Generally the nurses appeared to obtain cultural awareness and desire, but few were proficient in cultural competence. The research revealed that many held stereotypical attitudes towards immigrants and some held ethnocentric views. However the attitudes towards immigration were generally positive and most identified the need for more anti-discriminatory measures. Nurses with positive attitudes were also more culturally competent and demonstrated greater cultural desire. Those with friends from diverse cultural and ethnic backgrounds demonstrated higher levels of cultural competence and they had more positive attitudes towards immigrants. They also held more pro-active attitudes towards learning about other cultures and experienced cultural related issues less problematic in their own work places.

Conclusion: According to results of this study most of the nurses were culturally aware and only few of the nurses achieved high levels of cultural competence. This study indicates the need for more discussion about cultural and ethnic related attitudes of healthcare professionals in the A&E's. Study results show that higher levels of cultural competence and cultural desire correlated positively with general attitudes towards immigrants. Study emphasises the importance of cultural competence and cross-cultural friendship across the healthcare organisation.

Keywords: Cultural competence; cultural desire; cross-cultural friendship; nurses' attitudes towards immigrants; accident and emergency.

tynkkynentomi@yahoo.com

INTRODUCTION

Migration is a global phenomenon through which diversity and multiculturalism will increase in Finland and in the other European Union (EU) countries in the future [1,2,3,4]. In January at 2010 over 32 million non-nationals (people who are not citizens of their country of residence)

were living on a territory of the EU member states [2]. During the year 2009 three million people moved into one of the EU member states and it is estimated that 1.6 million of those people were previously residing outside the EU [2]. It is estimated that more than a million people from Finland have emigrated to other countries such as Northern America and Sweden

since 17th century, however rapid immigration to Finland only started few decades ago [5]. At the beginning of the 1990's Finland had 65 000 people who were born abroad and in the year 2010 that figure was nearly quarter of a million constituting approximately 4.6 % of the population [6]. Half of the immigrants in Finland live within the capital city Helsinki and its surrounding municipalities [6]. By the year 2030 - the amount of foreign language speakers (other than Finnish, Swedish and Sami language speakers) in Helsinki and its surrounding areas are predicted make up to 15 % of the population [7].

Healthcare professionals in the Accident and Emergency (A&E) departments meet people from all backgrounds. Nurses can not encounter clients from diverse cultures without cultural nursing skills [16]. Healthcare professionals should respond to the cultural needs of immigrants by obtaining adequate knowledge and skills, recognising the views of the immigrants and having the appropriate attitudes [8,17,18]. Attitudes towards immigrants amongst Finns have improved since early 1990's [19,20,21], however attitudes towards people who are different in terms of appearance, culture and ethnicity have stayed negative [22]. A research done in different establishments and governmental offices in Finland showed that immigrants received the best service in financial institutions regardless of their origin [23]. According to same study, healthcare sector was able to provide moderately good and consistent services. Establishments such as police, border guard,

customs, social service department, immigration office and employment office received poor feedback from immigrants who differed in terms of culture, ethnicity or appearance from the "native Finns".

Providing health care to immigrants is challenging partly due to attitudes of healthcare staff [8,9,10,11,12,13,14,15]. Communication and language problems are often the source of misunderstandings and cause for cultural conflicts [8,9,10,11,13,14]. For example most problematic issues working with migrants in Swedish emergency sector were related to communication problems including language barriers and cultural differences [12]. Differences in beliefs and cultural values such as different behaviour (expressing pain, use of voice, gender roles, amount of relatives), and health care professionals feeling of lack of respect from migrant patients were also found to be problematic issues [12]. A research in Denmark reveals that nurses, physicians and assistant nurses agreed with stereotypical statements [13]. The study shows that 62 % of all healthcare professionals agreed with the statement "immigrants overreact to pain" and 83 % agreed that some immigrants and their next-of-kin are inclined to dramatise their condition.

Immigrants in Finland were satisfied with the modern technology and quality of the health care in overall however, they were dissatisfied with the hurriedness in healthcare and hoped to see a change in the attitudes of healthcare staff

[26]. Negative attitudes towards immigrants amongst healthcare professionals need to be more openly discussed in Finland [8]. Attitudes towards multiculturalism in healthcare sector were found to be more negative in the units where care-relationship lasted for a short period and more positive in the units where care-relationship lasted longer [9]. It is thought that stereotypical and biased attitudes can lead to discrimination. Furthermore healthcare professionals' lack of awareness of own biases can result in poor health outcomes for patients. Recognising one's own stereotypes, biases and prejudice attitudes is one of the first essential steps of becoming culturally competent. [24].

According to Campinha-Bacote's [24] model, the concept of culture is not only related to one's origin, ethnicity or nationality but it is seen much wider concept that includes elements such as knowledge, art, thinking, laws, beliefs and feelings that are linked to one's actions and health state. Cultural competence means of one's and institution's respect for diversity and having a capacity to work effectively within the clients' cultural needs, behaviours and beliefs presented by members of the community. Cultural desire is a sub-construct of cultural competence and it implies of having a motivation to become culturally competent. [24].

This study examines the registered nurses' attitudes towards immigrants in A&E department from a viewpoint of cultural competence. There is no previous research concerning A&E nurses' attitudes towards

immigrant patients in Finland. Attitudes about immigrants in this study were measured by analysing the nurses' level of cultural competence and cultural desire. Another intention of this survey was to construct a cultural competence assessment tool for nurses who meet immigrant patients at A&E. In addition the study identifies culture-related problems at A&E's, and whether or not staff had any negative experiences whilst caring for immigrant patients.

Foundation for this research has been Campinha-Bacotes cultural competence model that has been used in international research around the world and has been developed and tested since 1991 [24,27,28,29]. The Model aids health care professionals in different fields to get involved in a lifelong process of "becoming culturally competent". Cultural nursing skills and attitudes are included in a concept of cultural competence. Health care professional's cultural competence increases client's satisfaction and decreases inequality in health care [25].

Purpose

The purposes of this study were (a) to explore the attitudes of nurses towards working with immigrant patients, (b) to examine and compare the levels of cultural competence, cultural desire and the problems stemming from cultural differences and (c) to construct a cultural competence measurement tool for nurses who meet immigrant patients at A&E department.

METHODS

This cross-sectional survey is based on a questionnaire to registered nurses working in 8 different Accident & Emergency (A&E) departments at HUS (Hospital District of Helsinki and Uusimaa) in Finland. The qualitative evidence was collected with a structured online questionnaire. The questionnaire was in Finnish language and was designed for the purpose of this research. All registered nurses (N = 344) in the 8 different A&E's were sent an email on 19th of October 2010 that contained a cover letter and link to the online questionnaire. Nurses were reminded again about the survey after a fortnight, and the total period for participation was extended to three weeks. The questionnaire was transferred online, using the Digium survey program. The respondents were trusted to give reliable information about their background, and their identity was not tracked by the computer.

The questionnaire is based on Campinha-Bacote's [24] model of cultural competence. *The process of the cultural competence in the delivery of healthcare services* is defined "as the ongoing process in which the healthcare professional continuously strives to achieve the ability and availability to work effectively within the cultural context of the patient (individual, family, community)" [24]. *Cultural competence* consists of five inter-related constructs; *cultural awareness*, *cultural knowledge*, *cultural skill*, *cultural encounters* and *cultural desire*. "Cultural awareness is the

deliberate self-examination and in-depth exploration of our personal biases, stereotypes, prejudices and assumptions that we hold about individuals that are different from us" [24]. *Cultural knowledge* means studying and understanding different worldviews, ethnic pharmacology, disease incidence among different ethnic groups and different health beliefs. *Cultural skill* is the healthcare professional's ability to collect client's cultural data and the ability to perform client's physical assessment in a way that recognises and respects the client's culture. *Cultural encounters* is a direct interaction process with people from different cultures. *Cultural desire* is a spiritual concept of cultural competence that is based on the humanistic value of caring and the aspect of loving one another. Attitudes and motivation remain fundamental elements within cultural desire. Cultural desire is the motivation and energy that keeps the lifelong process of becoming "culturally competent" in motion. [24].

Table I provides the summary of background variables. Response rate was 27 %. Out of 95 returned questionnaires, two were empty. On average, within the last 12 months, 44 % of the respondents had met immigrant patients at least three times a week and nearly three out of four nurses (73 %) had met immigrants weekly at the A&E where they worked. Most (78 %) of the respondents had more than five year experience as a registered nurse. 86 % of the respondents were females and 24 % of the respondents were under the age of 30.

Table I. *Background variables*

	n	%
Age		
<30 y	21	24
30 - 39	33	37
40 - 49	22	25
>50 y	13	14
Gender		
Female	80	86
Male	13	14
Work experience as RN		
0 - 4 y	20	22
5 - 9 y	30	32
10 - 19 y	26	28
>20	17	18
Postgraduate studies		
Yes	45	48
No	48	52
Number of foreign languages spoken		
0	7	7
1	29	31
2	49	53
3+	8	9
Experience at living abroad		
Yes	28	30
No	65	70
Frequency of meeting immigrant patients		
3 x week or more often	41	44
1 - 2 x week	27	29
1 - 3 x a month	16	17
Less than once a month	9	10
Use of official language interpreter		
Yes	76	83
No	16	17
Cross-cultural friends		
Yes	46	51
No	45	49
Mean age in years = 37		

Almost third (30 %) of the respondents had been living abroad and half (51 %) of the respondents had cross-cultural friends (friend from different cultures or ethnic backgrounds than the respondents themselves). All the respondents spoke one of the Finland's official languages; Finnish (92 %) or Swedish (8 %) as their mother tongue. Only few (7 %) of the respondents spoke

only one language; their mother tongue. 62 % of the respondents spoke two or more languages in addition to their mother tongue. 83 % of the respondents had used official language interpreters in their present job.

The questionnaire was piloted with nine registered nurses working in the acute sector. After the pilot test the 5 - point Likert scale was changed into a 4 - point scale by removing the neutral choice from the survey. The final questionnaire had 56 closed questions or arguments, which were answered by choosing the best choice by the respondents either using the Likert scale, yes or no options, sliding scale or multiple choices. A tool for measuring the level of cultural competence of the nurses' who meet immigrant patients at A&E, was constructed by selecting 18 questions from the questionnaire. Those questions had been designed to match the culture and context of the Finnish A&E environment and were based on Campinha-Bacotes [24] model of cultural competence.

Analysis of data

95 replies were received by the end of the deadline. Data was transferred into the SPSS for Windows program. Program versions 17.0 and 19.0 were both used for analysing the data. Following thorough inspection of the data the two empty replies were removed. Variables were recoded where needed. Some of the individual variables grouped and all reverse worded questions were recoded in order to perform reliable statistical tests. Grouped variables were used to measure the level of

cultural competence, cultural desire and the problems stemming from cultural differences. Grouped variables were recoded again if the statistical test required it. Estimates of reliability of test scores were analysed by using Cronbach's alpha. After examining the distribution of each of the variables, relationships were analysed using appropriate statistical tools. Statistical analysing tools such as cross tabulation, chi square and Pearson's and Spearman's correlation were used to find relationships between the variables. T-test was used to compare the means of normally distributed variables. Mann-Whitney U-test, one-way analysis of variance, F-test and Kruskal-Wallis test were also used in the process of analysing data.

RESULTS

Including background questions, the questionnaire consisted of 56 questions in total. 18 of them assessed the level of cultural competence. 9 questions measured problems stemming from cultural variations, 2 questions measured the level of general attitudes and 6 questions asked about the respondents' negative experiences about caring for immigrant patients. In one of the questions the respondents were asked to assess their own success of meeting immigrant patients at the A&E.

Nurse's level of cultural competence

One of the purposes of the study was to construct a cultural competence assessment tool for registered nurses who meet immigrant

patients at the A&E department. This tool was constructed by selecting 18 cultural competence questions. This tool was used as part of this research and consists of questions that are based on 5 constructs of Campinha-Bacote's [24] model of cultural competence. The questions were constructed by acknowledging the local culture, and considering the current working methods at A&E's. The tool designed for this study is in Finnish language. Respondents answered by using 4-point Likert scale to answer the questions. The scoring system was similar to Campinha-Bacote's IAPCC-R© and IAPCC-SV© tools.

The level of the cultural competence, measured by the 18-question assessment tool, amongst the nurses is shown in a figure 1. Cronbach's alpha for the 18-question assessment tool was 0.71. Overall scores of cultural competence are described below and individual questions are discussed in the following paragraphs. A higher score equals better level of cultural competence. The mean score in a 7-point scale was 4 which, 44 % of the respondents achieved. Almost third (31 %) of the respondents scored grade 3, and 21 % scored grade 5. Only 3 % achieved grade 6 or 7. Scores from this tool could also be reflected against a 4-point verbal scale; *culturally highly skilled*, *culturally competent*, *culturally aware (sensitive)* and *culturally novice (unskilled)*. In this 4-point verbal scale 93 % of the nurses in this study achieved the *culturally aware* level. Levels of cultural competence were adapted from Campinha-Bacote's [24] 4-point scoring system

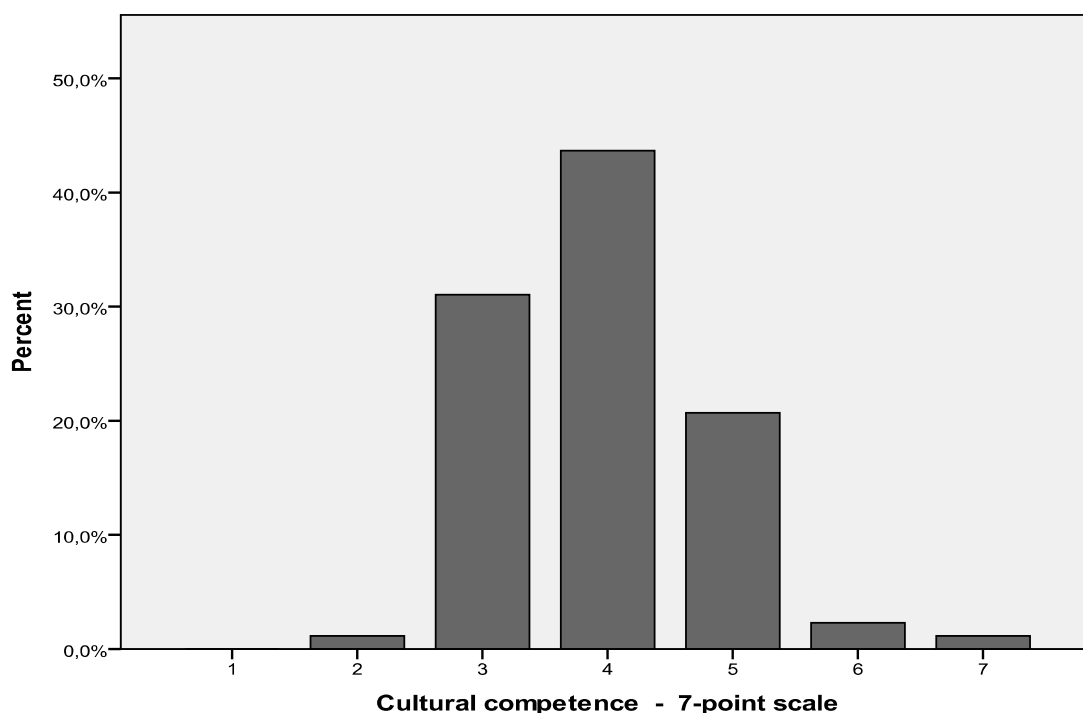


Fig. 1. Respondents' level of cultural competence

(culturally proficient, culturally competent, culturally aware and culturally incompetent).

The mean score 46.5 placed respondents around the halfway point of the culturally aware grade. Only 1 % was culturally novice (unskilled) and 6 % were either culturally competent or culturally highly skilled.

Cultural awareness

The respondents' *cultural awareness* within the cultural competence section was measured by two statements. More than a half (61 %) of the nurses agreed that they feel comfortable asking immigrant patients about their ethnicity and culture. Respondents were able to acknowledge their own biases and prejudices, 94 % agreed that they were aware of their own prejudiced

attitudes towards certain ethnic or culture groups.

Cultural knowledge

Cultural knowledge was measured by five questions. Approximately 60 % of the respondents agreed that there are ethnic related illnesses. 36 % stated that they have some knowledge regarding health and illness beliefs of different ethnic groups and 21 % had some knowledge relating to biological and physiological differences amongst different ethnic groups. Only one respondent had a high level of knowledge and the rest had some knowledge or no knowledge at all. 15 % of the respondents agreed that ethnic differences in drug absorption might occur, and 25 % of the respondents confirmed that they checked the

immigrant patient's use of herbal remedies whilst assessing their medication.

Cultural skill

The respondents' *cultural skill* was assessed by three questions. 80 % of respondents agreed that acknowledging cultural needs is important for all patients. 77 % of the respondents agreed that there is a connection between culture and health, and 58 % agreed with the study statement "I am able to assess the needs of the immigrant patient based on the initial interview".

Cultural encounter

The level of *cultural encounter* was measured by four questions. Nearly half (45 %) of the respondents were involved activity in their past time where they met people from diverse ethnic and cultural backgrounds. Respondents were asked if it was difficult to encounter the immigrant patient who had different views to the nurse him/herself. This statement was agreed by 11 % of the nurses. More than a half (60 %) of the nurses confirmed that using family members as language interpreters might lower the quality of care received. Furthermore less than a half (40 %) of the respondents had taken own initiative in seeking knowledge or courses regarding the cultural matters.

Cultural desire

There were four variables (two reversed) measuring the level of *cultural desire*. More than nine out of ten (93 %) of nurses agreed that they wanted to learn from other cultures, and 83 % agreed that they wanted to

understand immigrant patients. More than a half (61 %) of the respondents agreed with the statement that immigrant patients are often "difficult" patients. Four out of five (80 %) nurses agreed with the study statement that immigrant patients should fully adapt themselves to the working culture of Finnish A&E's.

Other cultural competence findings

Respondents were also asked opinion whether or not Finnish A&E culture suits well for the all immigrants. Respondents had to use sliding scale (fully disagree - fully agree) to answer. Fifth (22 %) of the respondents had left the sliding scale in the middle and almost half (45 %) had moved the scale towards "fully agree" direction and the rest (33 %) disagreed.

Statements that measured respondents' stereotypical attitudes were linked to the context of cultural knowledge. 74 % of the nurses agreed that many immigrants over-react to the pain and 75 % agreed that some immigrant patients or their relatives exaggerate the patient's condition.

Cultural assessment question related to the concept of cultural skill was "Immigrant patients should learn to use A&E's for complaints that need acute assessment only". 85 % of the respondents agreed with the statement.

One of the research questions in relation to cultural desire was a statement that measured respondent's attitude about the importance of

staff nurse's language skill. 74 % of the nurses disagreed with the study question "A registered nurse with weak local language skills can safely care for patients at A&E". Nurses with higher cultural desire did not stress the importance of language skill in order to provide patient safe nursing care ($P = 0.060$). Result was not statistically significant, but there was another finding where five nurses with the highest cultural competence points agreed with the statement and chose mean score of 68 in sliding scale (0 - 100) and one of them had chosen the highest value. Zero being "Fully disagree" and 100 being "Fully agree" option. Six nurses with the lowest cultural desire disagreed with the statement and had an mean of 17 in a same scale and one of them had chosen the lowest value.

Origin of knowledge about immigrants

Furthermore respondents were asked: "Where is most of your knowledge about immigrants acquired?" Respondents had 8 choices and they were allowed to select 3 they liked. Most of the respondents' knowledge about immigrants came from nurse - patient relationships and media. Education, short courses, literature and travelling were the next sources of knowledge. Work associates, living abroad and friends or relatives were the last matters that gave any contribution to the origin of nurse's knowledge about immigrants.

General attitudes towards immigrants

The level of respondents' general attitudes was measured by grouping two variables. Cronbach's alpha for the grouped variable was

0.78. Both variables measured cultural desire outside of the nursing context. First variable measured respondent's attitude to immigration in Finland. Respondents were asked to use sliding scale to express their opinion for the study statement: "It is good that people move to Finland from all over the world". About quarter (26 %) of the nurses had moved the sliding scale towards the "fully disagree" direction, 20 % left the sliding scale in the middle ("neutral") and more than a half (54 %) had moved the scale towards "fully agree" direction. Mean score in the scale (0 - 100) was 59. Grouped variable measuring cultural desire correlated positively with the statement ($p < 0.001$).

Respondents were also asked about the opinion of statement "I want to see more efficient anti-discriminatory measures applied in Finland". Respondents' mean score on a scale (0-100) was 61. One in four (26 %) respondents had moved the sliding scale towards the "Fully disagree" direction. 54 % had moved the sliding scale towards the "Fully agree" direction and the rest left it in the middle ("Neutral"). This statement was measuring respondent's desire against discrimination and their ability to recognise the existence of discrimination in Finland, based on the fact that 70 % of the Finns agreed that racial and ethnic discrimination is a widespread problem at workplaces [37].

Table II. <i>Self evaluation</i>		
Self evaluation levels	n	%
Very badly	2	2
Badly	5	5
Moderately	34	37
Well	35	38
Very well	17	18
Total	93	100,0

Self evaluation

The respondents' were asked "How well do you manage to encounter immigrant patients at work as a nurse?" The respondents used a sliding scale for self evaluation. Sliding scale was preset to "very badly", the other end of the scale stating "very well". In figure II, sliding scale results were transferred to the 7-point

scale so that smaller numbers represent "badly" end of the sliding scale and bigger numbers stand for "well" end of the sliding scale. Sliding scale results are also shown in table II.

Problems stemming from cultural variations

Nine variables were used to identify which culture-related issues were the most problematic at the respondent's workplace. Respondents used sliding scale from "No problem" to "Big problem". Cronbach's alpha for the grouped variable was 0.78. Table III shows the results of questions relating to the issues which cause problems at A&E's. Two biggest culture-related issues that were identified as most problematic were a language barrier and a large number of relatives accompanying the immigrant patient. Issues relating to difficulty in language interpretation

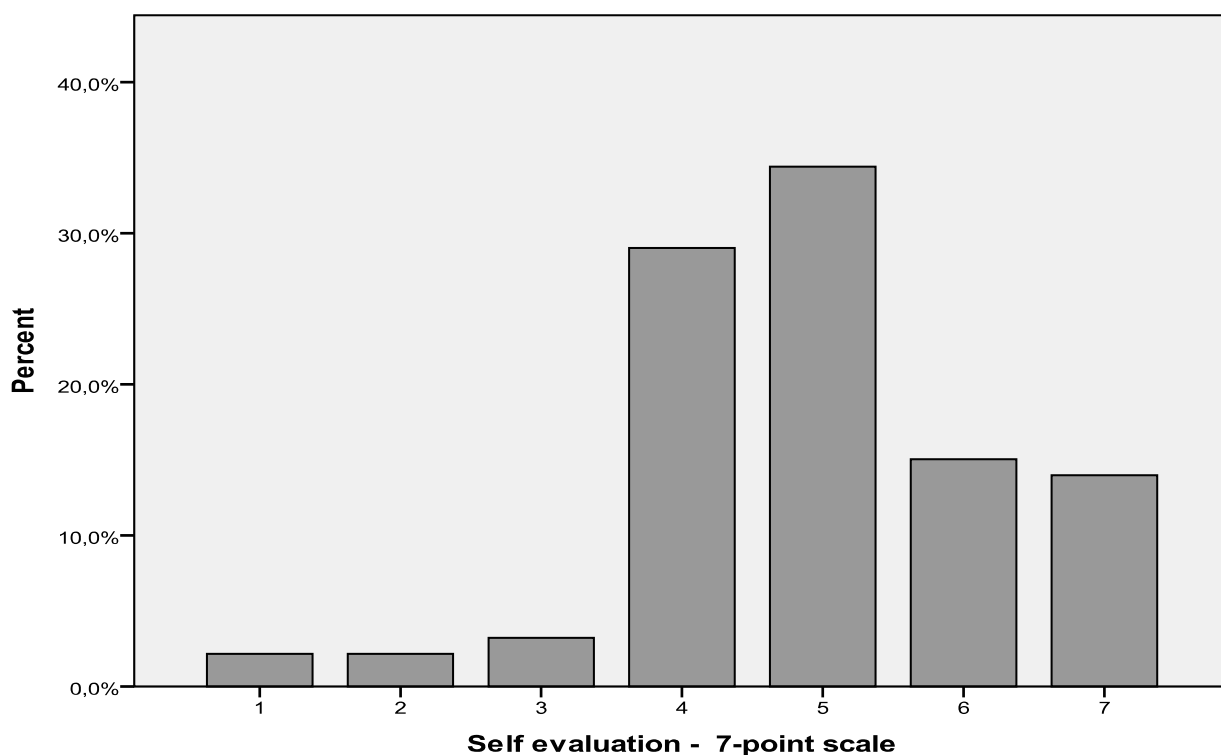


Fig. II. Respondents' answers to the question
"How well do you manage to encounter immigrant patient at work as a nurse?"

Table III. <i>The most problematic issues at one's own workplace</i>				123
In relation to care of the immigrant patient at your workplace. How problematic are these issues?	No problem %	Moderate problem %	Big problem %	
Language barrier	3.2	63.2	33.6	
Large amount of relatives with immigrant patient	4.3	69.9	25.8	
Issues related to interpreter use	7.5	75.3	17.2	
Gender role related issues	10.8	81.7	7.5	
Lack of respect towards the work of the nurse	24,7	69,9	5,4	
Misunderstandings related to cultural dissimilarities	11,8	83,9	4,3	
Issues related to caring one's personal hygiene	12,9	83,9	3,2	
Embarrassing situations in caring situations (nakedness, inappropriate clothing).	14	84,9	1,1	
Religious practices	22,6	76,3	1,1	

(e.g. availability of official language interpreter or use of family members as interpreters), and matters concerning the gender roles were found to be second most problematic. The least problematic issues related to the practice of one's religion at A&E, and a lack of respect towards nurse's work by immigrants or their relatives. There were no big differences between the hospitals; the experiences were similar regardless of the geographical location of the A&E.

Nurses' negative experiences

Respondents were asked "yes" or "no" to the statements which dealt with negative experiences whilst encountering immigrant

patients or their relatives at A&E. 38 % of the respondents answered "yes" to the following statement: "I have sometimes felt threatened when encountering immigrant patients or their relatives." Nearly half (47 %) of the respondents stated that encountering the relative of an immigrant patient is more difficult than encountering the relative of a native Finn patient. Fifth (19 %) of the nurses answered "yes" to the question "I have been accused of discrimination by an immigrant patient or their relative". 72 % of the respondents had felt that immigrant patients' or their relatives' noisy behaviour had caused disturbance in the A&E unit. Nearly nine out of ten (87 %) nurses agreed with the statement "I have felt that immigrant patients do not know how the Finnish health care system works."

Relationship between variables

A common significance level of 5 % (0.05) was chosen for this study to represent statistically significant results. In other words the difference is real (statistic is reliable) and that there is less than 5 % chance that this could have happened by coincidence. However this does not automatically mean that the finding is important.

Half of the respondents were 36 years of age or older. Younger nurses (<36 y) had more positive general attitudes towards immigrants ($p = 0.150$) and a higher level of cultural competence ($p = 0.840$). According to the results they also saw culturally-related matters as more problematic in their own workplace ($p = 0.867$) than older (≥ 36 y) nurses.

There were some statistically significant findings between variables. Younger respondents (<36 y) had a higher level of cultural desire than those over 36 years (≥ 36 y) of age ($p = 0.047$), as well as that male nurses felt problems associated with cultural differences less problematic at their work place than their female counterparts ($P = 0.032$). Nurses who had used official language interpreters had higher cultural desire ($p = 0.048$). Furthermore nurses who had lower levels of cultural desire had felt more often threatened by immigrant patients or their family member ($P = 0.011$)

Work experience, experience of living abroad, post graduate education, geographical working area (A&E location) or the languages spoken did

not bring any statistically significant results. Nurses who had less than 10 years work experience as registered nurses had a higher cultural desire ($p = 0.352$), more positive general attitudes ($p = 0.378$) and higher cultural competence ($P = 0.720$). Respondents who had lived abroad experienced higher cultural desire ($p = 0.312$), cultural competence ($p = 0.159$), general attitudes ($p = 0.145$) and felt culturally related matters less problematic at their workplace ($p = 0.654$). Respondents who had completed any postgraduate studies had higher cultural competence ($p = 0.092$) but lower cultural desire ($p = 0.483$) and more negative general attitudes ($p = 0.787$) than the rest of the respondents. Furthermore respondents working in the capital city Helsinki and the surrounding areas (Espoo and Vantaa) had more positive general attitudes ($p = 0.762$) and lower cultural desire ($p = 0.134$) than the respondents from four other hospitals outside the capital area.

Cross-cultural friendship

The research background statements included "I have one or more friends from different culture or ethnic groups." Nurses who worked in two A&E's located in surrounding areas of Helsinki (Espoo and Vantaa) had the highest percentage (70 %) of cross-cultural friendships. In the two Helsinki hospitals the percentage was 52. In the four A&E's outside the capital region the percentage was 29. Ethnic and cross-cultural friendships were evenly spread across the respondents' age scale and evenly spread regardless of the experience of living abroad. Respondents with cross-cultural friends

demonstrated higher cultural competence ($p < 0.001$), higher cultural desire ($p = 0.023$) and more positive general attitudes ($p < 0.001$). They also had more pro-active attitudes towards learning about other cultures ($p = 0.001$), experienced issues related to religious practices at A&E less problematic in their own work places ($p = 0.017$) and experienced all cultural related issues less problematic in their own work places ($p = 0.051$) than the respondents who did not have cross-cultural friendships.

Statistically significant relationships

Table IV shows the statistically significant relationships between the research variables. Respondents with higher level of *cultural desire* had more positive general attitudes ($p < 0.001$), more positive self evaluation ($p = 0.002$), used official language interpreters more often ($p = 0.048$), had more often cross-cultural friend ($p = 0.023$), experienced less cultural-related problems ($p = 0.001$), experienced the

situations encountering immigrants less threatening for themselves ($p = 0.011$) and were more positive towards immigration to Finland ($p < 0.001$) than the respondents with lower levels of cultural desire.

Respondents with higher levels of *cultural competence* had more positive general attitudes ($p < 0.001$), more often cross-cultural friends ($p < 0.001$), experienced less cultural related problems ($p = 0.006$), had more positive self evaluation ($p = 0.001$) and used official language interpreters more often ($p = 0.019$) than the respondents with lower levels of cultural competence.

Respondents with more positive *general attitudes* towards immigrants had higher levels of cultural competence ($p < 0.001$), higher levels of cultural desire ($p < 0.001$), more often had cross-cultural friends ($p < 0.001$), had more positive self evaluation ($p = 0.001$), used official language interpreters more often ($p = 0.046$)

Table IV. *Relationship between the research variables*

Variables	General attitudes p-value	Cultural competence p-value	Cultural desire p-value
Cultural competence	< 0.001		
General attitudes		< 0.001	< 0.001
Cross-cultural friendship	< 0.001	< 0.001	0.023
Self evaluation of the succes of encountering immigrant patient at A&E	0,001	0,001	0,002
Use of the official language Interpreter	0.046	0.019	0.048
Problems stemming from cultural variations	0.008	0.006	0.001

and experienced less cultural related problems ($p = 0.008$) than the respondents with less positive general attitudes.

DISCUSSION

This survey was carried out as a research and development project for HUS hospitals. Information about the survey was sent to all A&E nurses in all hospitals. The respondents' anonymity was maintained and staff took part on a voluntary basis.

Unless the whole target population takes part in a survey [30] results will always be distorted. A large non-response rate is not damaging for the research result unless a particular response group is completely missing or has a low representation amongst the respondents [31]. Responses from both genders (males 14 % and females 86 %) and across all the age groups were received. Ethnic data from ethnic monitoring is a valuable tool that is used to highlight potential inequalities and improve the services [34]. Regardless of its importance, ethnic monitoring it is not applied in Finland, mainly due to data protection act which prohibits the collecting of such data. Respondents were not asked about their ethnicity, but all respondents spoke one of Finland's official languages (Finnish 92 % and Swedish 8 %) as their mother tongue.

Respondents had good language skills since only 8 % of the respondents did not speak any other languages in addition to their mother tongue. Half the respondents had less than 10 years

experience as registered nurses and nearly third had lived abroad. Interesting question is: what were the attitudes of those who did not take part in the survey? It is thought that people are more eager to contribute if the subject is valuable for them or if they see the topic interesting enough [32]. Another validity related question is: Have the respondents been truthful? The subject could have been too sensitive and some respondents could have altered their answer towards a more "politically correct" way, rather than declaring their own attitudes. Further speculation might suggest that some of the target population nurses might have opted out because the topic was not seen as interesting enough.

Cronbach's alpha coefficient was used for estimating the internal consistency of the tools measuring the level of cultural competence ($\alpha = 0.71$), general attitudes ($\alpha = 0.71$) and problems stemming from cultural dissimilarities ($\alpha = 0.78$). Research information value and validity are thought to increase if research results correlate with the other studies that have similar contexts [33]. This study had similar results to previous studies concerning stereotypical attitudes, ethnocentrism and knowledge gained about immigrants [13]. This study and Sainola-Rodriguez's (2009) research [8] revealed that nearly all health care professionals with good cultural skills had a cross-cultural friend. Furthermore problems stemming from cultural variations (especially communication) were found to be similar to previous studies [10,12,13,15].

No statistics on immigrants' use of the A&E departments were available for this study. Nearly half of the respondents however, had met immigrant patients at least 3 times a week during the last 12 months and it is safe to assume that clientele seen at these A&E's was fairly diverse.

Ethnocentrism implies to seeing all things through one's own cultural perspective and according to one's own cultural values. One's own culture, habits and behaviours are seen as the "norm", whereas other cultures are scaled and rated with reference to it. One of the study statements related to ethnocentrism was "Immigrant patients should fully adapt themselves to Finnish way of nursing / caring culture." Four out of five (80 %) respondents agreed with that study statement. Sometimes it is difficult to see other cultures views, behaviours or habits equally good or "right" as the views and behaviour of one's own culture. In addition 85 % agreed that immigrants should learn to use A&E for acute complaints only. It is however unlikely that this concerns immigrant patients only since the role of the A&E is not necessarily fully understood by larger population. A&E operations are not standardised in Finland. It should also be mentioned here that A&E's in Finland operates differently to A&E's in the UK or ER's (emergency room) in the US. Furthermore 46 % agreed that Finnish nursing culture suits well for patients with different culture backgrounds. There could be multiple reasons why respondents agreed with the statements above,

however ethnocentrism should not be put aside as a possible explanation.

More than half (61 %) of the respondents agreed with the statement that immigrant patients are often "difficult" patients. Respondents identified that one of the most problematic issues related to encountering immigrant patients accompanied by a large number of relatives. Why did nurses find large families problematic at A&E? Could it be the lack of family orientation in the A&E nursing culture? There is evidence to suggest that family nursing approach has the lowest support in the acute care setting [35]. A&E departments are generally also not equipped accommodate large families.

Furthermore 72 % of the nurses felt that immigrant patients or their relatives' noisy behaviour had caused disturbance at the A&E unit. Patients' noisy behaviour at A&E could also be an issue that is not related to a patient's background. Communication is a fundamental tool for A&E staff when used well. Keeping patients and their relatives constantly informed could prevent many conflicts in A&E.

Like most of us, nurses who participated in this study had stereotypical attitudes. Most of the respondents acknowledged their own biases and prejudices. Stereotypes are often connected to thinking patterns where people are grouped and divided into "us and them". Stereotypical thinking could lead to discrimination and racism. Healthcare should be based on values that respect equality and diversity.

Stereotypical thinking can be changed by engaging in the process of becoming culturally competent [24]. It is good to remember that politically correct behaviour is a great advancement towards equal society, however true feelings come from one's heart. Self examination of one's own assumptions is important part of the process of cultural competence [24].

Most of the respondents' knowledge about immigrants came from nurse - patient relationships and the media. The media has a strong influence and it can be used for either promoting or hindering diversity. Nurse-patient relationship is a direct contact with an individual from a particular ethnic or cultural group. Direct contacts are believed to be the best in moulding one's attitudes about individuals of that particular group.

According to results of this study, respondents' higher cultural desire indicated more positive attitudes towards immigrants. It is important to remember that cultural competence can not be achieved without cultural desire [24]. Culturally responsible healthcare requires not only cultural skills, but the will to engage in the process of becoming culturally competent. This needs to be acknowledged within organisations providing healthcare, especially in policymaking and recruitment. Organisations should make sure that staff demographics reflect the demographics of the general population, as it is important to know the population you serve in order to improve health outcomes.

This research shows relationship between cultural desire and cross-cultural friendships. Better results were achieved by those respondents who had friends from different cultures or ethnic groups. Cross-cultural friendships in this study correlated with more positive attitudes towards immigrants, higher cultural competence including higher cultural desire, less problems experienced with immigrant patients and more self-initiated attitude of learning from other cultures. Is it because more culturally competent people actively seek cultural encounters? Or is there another explanation behind the results? Perhaps cross-cultural friendships could be one of the cultural related issues that should be more discussed and investigated in Finland since it was also one of the findings in Sainola-Rodriguez's study [8]?

CONCLUSION

Results of this study show that encountering immigrant patients and their families in an A&E setting is a challenging task and, according to respondents, often causes misunderstandings and problems. Three of the most problematic issues at one's workplace were communication, namely language barrier and problems related to interpreter use, and situations where a large number of relatives accompanied the patient.

According to results of this study the higher cultural competence and higher cultural desire were positively correlated with self-evaluation, cross-cultural friendship and general attitudes. The attitudes of healthcare professionals should be more openly discussed and processed within

the people in the healthcare sector; there is evidence [24] that the healthcare professional's positive attitudes and the level of cultural competence correlates with the positive health outcomes for the client.

According to results of this study nurses' attitudes towards immigration were generally positive and most identified the need for more anti-discriminatory measures in Finland. This research revealed that many nurses held stereotypical attitudes towards immigrants and some held ethnocentric views. This study shows that nurses were aware of their prejudiced attitudes towards certain cultural or ethnic groups. There is evidence that lack of self-awareness is a major barrier to culturally competent care [36]. Nurses in this study appeared to obtain cultural awareness and desire, but few achieved the high level of cultural competence.

Nurses can assess their level of cultural competence by cultural assessment tools. Nurses can improve their attitudes and cultural competence by engaging themselves in a process where they study culture and ethnicity related issues and interact with people from different cultures and ethnic backgrounds. Hospital organisations can support nurses' cultural competence by promoting diversity in the workplace and by developing policies, guidelines and procedures for better handling cultural encounters. It is important to keep in mind that every patient is an individual and fellow human being requesting help. There should be no discrimination when responding to

that plea. Healthcare professional's politically correct behaviour is a great advancement towards non-discriminative behaviour however; true feelings, compassion and desire come from one's heart and should be self-evaluated.

Cultural competence works as a change agent for attitudes and culturally competent and responsible environment makes the change more sustainable. Mainstreaming the philosophy of cultural competence into everyday action in all levels in healthcare could bring better health outcomes for the whole nation.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author acknowledges the Helsinki and Uusimaa Hospital District (HUS) for accepting this study as one of the organisations research and development projects. I would like to thank HUS mentor Eila Manninen-Kauppinen who was in charge of the development project and who effectively coached and guided me through the project. I am grateful to Laurea University of Applied Sciences for recognising this study as researcher's Master Thesis.

REFERENCES:

1. EMN European migration network [online] at <<http://emn.intrasoft-intl.com/html/index.html>> viewed 13.2.2012.
2. Eurostat. European commission. Migration and migrant population statistics [online] at <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics> viewed 13.2.2012.
3. ILO International Labour organisation [online] at <http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/info/ilm_dbase.htm> viewed 13.2.2012.

4. IOM. International organisation for migration [online] at <<http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp>> viewed 13.2.2012.
5. Institute of Migration. Siirtolaisuusinstituutti [online] at <<http://www.migrationinstitute.fi/>> viewed 13.2.2012.
6. Stat.fi [online] at <http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaera_k/vaerak_fi.asp> viewed 13.2.2012.
7. Helsingin Kaupungin tietokeskus 2010. Vieraskielisen väestön ennuste Helsingin seudulla 2010-2030, Helsingin kaupunki [online] at <http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/10_03_30_Tilastoja_muut_julkaisut_Vuori.pdf> viewed 13.2.2012.
8. SainolaRodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172.
9. Voima K. 2007. Sinähän se oot se poppamies. Terveystieteen työntekijöiden kokemuksia monikulttuurisesta hoitotyöstä. Pro gradu tutkielma. Kansanterveystieteen ja kliinisen kliinisen ravitsemustieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.
10. Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. & Neri, S. 2009. Journal of Nursing Scholarship. Providing transcultural to Children and parents: an exploratory study from Italy. 42(2), 220-227.
11. Harmsen H., Bernsen R., Bruijnzeels M. & Meeuwesen L. 2008. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? Patient Education and Counselling 72 (2008), 155-162.
12. Hultsjö S. & Hjelm K. 2005. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. International Council of Nurses, International Nursing Review, 52, 276-285.
13. Michaelsen, J.J., Krasnik, A., Nielsen, A.S., Norredam, M. & Torres, A.M., 2004. Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at Danish hospital. Scand J Public Health, 32, 287-295.
14. Naraynasamy A. & White E. 2004. A review of transcultural nursing. Nurse Education Today (2005) 25, 102-111.
15. Ozolin, L. & Hjelm, K. 2003. Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. Clinical Effectiveness in Nursing, 7, 84-93.
16. Leininger M. 1991. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York.
17. Hassinen-Ali-Azzani T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet, no. 95. Kuopion yliopisto.
18. Taavela R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopio.
19. Jaakkola M. 1999. Maahanmuutto ja etniset suhteet. Suomalaisen suhtautuminen maahanmuuttajiin 1987-1999. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 213. Edita. Helsinki.
20. Jaakkola M. 2005. Suomalaisen suhtautuminen maahanmuuttajiin vuosina 1987-2003. Työministeriö. Työpoliittinen tutkimus 286. Helsinki.
21. Jaakkola M. 2009. Maahanmuuttajat suomalaisen näkökulmasta. Asennemuutokset 1987-2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1/2009.
22. Liebkind K., Mannila S., Jasinskaja-Lahti I., Jaakkola M., Kyntäjä E. & Reuter A. 2004. Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. OY Yliopistokustannus, Helsinki.
23. Jasinskaja-Lahti I., Liebkind K. & Vesala T. 2002. Rasismi ja syrjintä suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Tammer-Paino OY, Tampere.
24. Campinha-Bacote, J. 2007. The Process of Cultural Competence in the Delivery Of Healthcare Services: The Journey Continues 5th Ed. Available from Dr Josepha Campinha-Bacote, President, Transcultural C.A.R.E Associates, 11108 Huntwicke Place, Cincinnati, OH 45241.
25. Anderson L.M., Scrimshaw S.C., Fullilove M.T., Fielding J.E., Task Force on Community Preventive Services, 2003. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine 2003; Vol. 24, No 3S, 68-79.
26. Koskimies T. & Mutikainen H-K. 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Helsingin ammattikorkeakoulu. Stadia. Hototyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

27. Campinha-Bacote, J. 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 204-207.
28. Campinha-Bacote, J. 2002. The process of cultural competence in the delivery of health care services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
29. Campinha-Bacote, J. 2003. The Key to Unlocking Cultural Competence. Guest Editorial. June 2003, vol 42, No 6.
30. Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Edita. Helsinki.
31. Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Jyväskylä. International Methelp KY.
32. Alkula T., Pöntinen S., & Ylöstalo T. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki : WSOY.
33. Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [online] at <www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> viewed 13.2.2012.
34. CRE, Commission for Racial Equality (2002) Ethnic Monitoring: A guide for public Authorities [online] at <www.equalityhumanrights.com/uploaded_files/PSD/12_ethnic_monitoring.pdf> viewed 13.2.2012.
35. Benzein E.G., Johansson P., Årestedt K.F. & Saveman B.-I. 2008. Nurses attitudes about families in nursing care: Survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing* 14, 162-180.
36. Hunt (2001) Beyond cultural competence, The Park Ridge Center for Health, Faith, and Ethics Bulletin. Issue 24.
37. MIPEX 2007. Migrant integration policy index - maahanmuuttajien kotouttamisindeksi. Lyhennetty versio maahanmuuttajien kotouttamispolitiikkaa kartoittavasta Mipex - raportista. British Council ja Migration Policy Group.